CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO

PROCESSO: 202300010023436

CADERNO 1 - ÁREA ATIVIDADE

Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos –ISNV - Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO

PROCESSO: 202300010023436

CADERNO 2 - ÁREA QUALIDADE

Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos –ISNV - Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO

PROCESSO: 202300010023436

CADERNO 3 - ÁREA QUALIDADE TÉCNICA

Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos –ISNV - Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO

PROCESSO: 202300010023436

CADERNO 3 - ÁREA QUALIDADE TÉCNICA - CONTINUAÇÃO

Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos –ISNV - Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória

SUMÁRIO

1 TÍTULO 17

2 IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE 17

3 DESCRIÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA 20

4 JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO 21
4.1 O Sistema Único de Saúde no Brasil – SUS 23
4.2 Urgência e Emergência no Brasil – SUS 24
4.3 Panorama da Saúde em Goiás 25
4.4 O Município de Santa Helena de Goiás 27
4.5 Descrição da Unidade 30

5 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS 43
5.1 Fluxos Operacionais 44
5.1.1 Fluxo Operacional Nas Áreas Internas Críticas 44
5.1.2 Fluxo Operacional Nas Áreas Internas Semi Críticas 47
5.1.3 Fluxo Operacional nas Áreas Internas Não Críticas 48
5.1.4 Fluxo Operacional nas Áreas Externas 50
5.1.5 Fluxo de Entrada do Paciente 52
5.1.6 Fluxo da Internação 55
5.1.7 Fluxos de Pessoas e Materiais 56
5.1.8 Fluxo de Carga/Descarga, prestadores de serviços, fornecedores e veículos oficiais: 57
5.1.9 Fluxo para Registro do SAME 60
5.1.9.1.1 Fluxo de Registro de Documentos 61
5.1.10 Fluxo de Manutenção Preventiva e Corretiva de Equipamentos para a Unidade de Saúde 67
5.2 Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados e Roupas 69
5.2.1 Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados 70
5.2.2 Fluxo Unidirecional para Roupas 84
5.3 Fluxo Unidirecional para Resíduos de Serviços de Saúde 90
5.4 Implantação Fluxo de Logística de Suprimentos 105

5.5 Proposta de Melhorias de Fluxos 151

6 IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO 163

6.1 Proposta De Regimento Interno Da Unidade Hospitalar - HERSO 165

6.2 Proposta De Regimento Da Enfermagem 229

6.2.1 SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem 245

6.3 Proposta De Regimento Do Serviço Multiprofissional 255

6.4 Proposta Para Regimento Do Corpo Clínico 269

6.5 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com Vista ao Controle Gerencial da Unidade e Melhoria do Atendimento ao Usuário 286

6.5.1 Política de Segurança da Informação 294

6.5.2 Gerenciamento de Acesso 295

6.5.3 Configuração E Utilização de E-Mail 297

6.5.4 Acesso às Informações 297

7 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS 301

7.1 Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais 303

7.2 Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão de Custos 315

7.2.1 Das Rotinas Administrativas e Financeira 321

7.2.2 Normas de Administração Financeira 327

7.2.3 Do Manual de Setor de Almoxarifado e Patrimônio 333

7.2.4 Rotina do Setor de Almoxarifado e Patrimônio 353

7.2.5 Normas do Setor de Almoxarifado e Patrimônio 354

7.2.6 Do Manual de Contratação de Obras e Serviços 355

7.2.7 Da Rotina do Setor de Contratação de Obras e Serviços 361

7.2.8 Das Normas do Setor de Contratação de Obras e Serviços 362

7.2.9 Do Manual de Faturamento 371

7.2.10 Rotinas do Setor de Faturamento 375

7.2.11 Normas do Setor de Faturamento 377

7.2.12 Manual Da Gestão de Custos 378

7.2.13 Rotinas da Gestão de Custos 384

7.2.14 Normas da Gestão de Custos 385

8 INCREMENTOS DE ATIVIDADES 386

8.1 Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do Custeio Previsto para Unidade 386

8.1.1 Implementação de Serviço de Cuidados Paliativos – HERSO 387

8.1.2 Projetando Ciência no HERSO 394

8.1.3 Da Proposta do Projeto de Educação Permanente Individualizada para o Estabelecimento de Saúde 398

8.1.4 Política de Qualificação de Fornecedores 403

8.1.5 Projeto de Hospital Ensino para Unidade 423

8.1.6 Proposta De Implantação De Uma Revista Cientifica 446

8.1.7 Departamento de Apoio Psicopedagógico (DAP) Aos Programas De Residência Médica E Multiprofissional Da Unidade De Saúde "HERSO" 453

8.1.8 Projeto de Implantação do Serviço de Proteção ao Usuário 457

8.1.9 Projeto de Central Humanizada de Internação (CHI) 470

8.1.10 Arte no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO) 471

8.1.11 Dose de Letras 471

8.1.12 Projeto Hoje 471

8.1.13 Comunicadores da Alegria 472

8.1.14 Acreditação Hospitalar 472

8.1.15 Telemedicina 473

8.1.16 Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura 476

8.1.17 Homeopatia e Fitoterapia 481

8.1.18 Agência Transfusional, Terapia Transfusional e outros Procedimentos Terapêuticos 496

9 QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES. 502

9.1 Implantação das Comissões, Núcleos e Comitê 502

9.1.1 Comissão de Ética Médica 502

9.1.2 Comissão de Ética em Enfermagem 514

9.1.3 Comissão de Biossegurança 527

9.1.4 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar 536

9.1.5 Comissão de Analise e Revisão de Prontuários 547

9.1.6 Comissão de Verificação de Óbitos 555

9.1.7 Comissão de Residência Médica (COREME) 566

9.1.8 Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) 579

9.1.9 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA 591

9.1.10 Comissão do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT 602

9.1.11 Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) 611

9.1.12 Comitê de Ética em Pesquisa Cientifica 622

9.1.13 Da Comissão de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) 637

9.1.14 Comissão de Proteção Radiológica 645

9.1.15 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde 651

9.1.16 Do Comitê Transfusional 661

9.1.17 Do Núcleo Da Qualidade E Segurança Do Paciente (NQSP) 672

9.1.18 Do Núcleo De Vigilância Epidemiológica 682

9.1.19 Comissão Interna de Qualidade 704

9.1.20 Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele 716

9.1.21 Comitê De Pacientes De Risco De Longa Permanência Hospitalar 728

9.1.22 Comissão Intra- Hospitalar De Doação De Órgão E Tecidos Para Transplante - CIHDOTT 737

9.1.23 Do Núcleo Interno De Regulação - NIR 735

9.1.24 Comissão De Acidentes Com Material Biológico -CAMB 762

9.1.25 Comissão de Padronização de Produtos para Saúde 772

9.1.26 Comissão de Farmácia e Terapêutica 793

9.1.27 Comitê de Compliance 806

9.1.28 Outras Comissões 814

9.1.28.1 Comissão Intra-Hospitalar De Hemoterapia 814

9.1.28.2 Comissão Regional De Sistemas De Informação Do Câncer (CR SINC) 821

9.1.28.3 Comissão De Análise De Contratos Terceirizados 827

9.1.28.4 Comissão Permanente de Desfazimento de Bens 841

9.1.28.5 Comissão de Apoio Religioso e Espiritual 847

9.1.28.6 Comissão De Humanização Hospitalar 852

9.1.28.7 Comissão de Ética Multiprofissional 860

9.1.28.8 Comissão de Controles Internos 873

9.1.28.9 Comitê de Processamento de Produtos para Saúde 885

10 QUALIDADE SUBJETIVA 894

10.1 O Acolhimento 894

10.1.1 Manual com Indicação das Formas de Notificação, Recepção, Orientação Social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco. 895

10.1.1.1 Manual para Implantação do Acolhimento dos Usuários 897

10.1.1.2 Fluxo de Atendimento Após a Classificação de Risco a Serem Implantados no HERSO 915

10.1.1.3 Normas e Rotinas para o Atendimento na Sala de Acolhimento com Classificação de Risco 916

10.1.1.4 Orientação do Quadro Clínico dos Pacientes Internados 917

10.1.2 Proposta e Metodologia de Instrução com Definição de Horários, Critérios e Medidas e Controle de Riscos para Visitas aos Usuários 921

10.2 O Atendimento 922

10.2.1 Proposta de Implantação de Orientações quanto às Formas de Acomodação e Conduta para os Acompanhantes, com Ênfase aos de Usuários Idosos, Crianças, Adolescentes e Portadores de Necessidades Especiais conforme Previsão da Legislação Vigente 923

10.2.1.1 Proposta de Implementação da Ouvidoria vinculada a SES, com Pesquisa de Satisfação 926

10.2.1.2 Proposta de Implementação do Sistema de Contra Referência para serviços do SUS 938

11. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE 940

11.1. Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus Gestores na Gestão de Hospitais por Quantidade Igual a Superior a 200 Leitos 940

11.2. Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus Gestores na Gestão de Hospitais por Quantidade Igual ou Superior a 100 Leitos e Inferior a 200 Leitos 940

11.3. Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus Gestores na Gestão de Hospitais por Quantidade Igual ou Superior a 50 Leitos e Inferior a 100 Leitos 940

11.4. Certificado de Entidades Beneficente de Assistência Social (CEBAS) Ativo e Regular 940

11.5. Aplicação do Recurso na Unidade Hospitalar, com Anuência Posterior da SES/GO 941

11.6. Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission Internationale, QMENTUN da Canadá Accreditation Internacional ou Outras Entidades e Instituições Acreditadas Reconhecidas Obtidos da Gestão da OSS 941

11.7. Apresentação de Organograma da Unidade, com Definição das Competências de Cada Membro do Corpo Diretivo 942

12. ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA 942

12.1. Apresentação de Organograma com Definição das Competências de cada Membro do Corpo Diretivo 942

12.2. Titulação de Especialistas em Administração Hospitalar e/ou Gestão em Saúde dos Membros da Diretoria e Gerência que Atuarão na Unidade 945

12.3. Experiência Mínima de 1 Ano no Gerenciamento (Direção) de Unidade Hospitalar da Diretoria ou Gerência que Atuará na Unidade 945

13. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR 946

13.1. Apresentação de Quadro de Pessoal Médico por Área de Atenção Compatível com as Atividades Propostas no Plano de Trabalho 946

13.2. Protocolos de Enfermagem (Rotinas por Nível de Qualificação dos Profissionais) nas Áreas de Ambulatório e Urgência 947

13.2.1. Protocolo de Administração de Nebulização/Inalação/Micronebulização 948

13.2.2. Protocolo de Administração de Oxigênio por Máscara Facial 951

13.2.3. Protocolo de Aspiração de Tubo Endotraqueal 954

13.2.4. Protocolo de Aspiração de Vias Aéreas Superiores 958

13.2.5. Protocolo de Instalação de Oximetria de Pulso 961

13.2.6. Protocolo de Oxigenioterapia por Cateter Tipo Óculos 964

13.2.7. Protocolo de Oxigenioterapia por Cateter Nasal 966

13.2.8. Protocolo de Administração de Nutrição Oro e Nasoentérica 969

13.2.9. Protocolo de Administração de Nutrição Parenteral 972

13.2.10. Protocolo de Retirada de Pontos 976

13.2.11. Protocolo de Eletrocardiograma 978

13.2.12. Protocolo de Reanimação Cardíaca 981

13.2.13. Protocolo de Triagem de Paciente Ambulatorial 985

13.2.14. Protocolo de Administração de Medicamentos Intramuscular 989

13.2.15. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Endovenosa 992

13.2.16. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Intradérmica 996

13.2.17. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Nasal 999

13.2.18. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Ocular 1002

13.2.19. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Subcutânea 1005

13.2.20. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Sublingual 1008

13.2.21. Protocolo de Coleta de Amostra Sanguínea para Hemotransfusão 1011

13.2.22. Protocolo de Notificação de Reação Transfusional 1014

13.2.23. Protocolo de Punção Venosa 1016

13.2.24. Protocolo de Transfusão de Hemocomponetes e Hemoderivados 1019

13.2.25. Protocolo de Colocação de Luvas Estéreis 1022

13.2.26. Protocolo de Higienização das Mãos 1025

13.2.27. Transporte de Transporte Intra Hospitalar de Pacientes 1027

13.2.28. Protocolo de Alta 1030

13.2.29. Protocolo de encaminhamentos após óbito 1035

13.2.30. Protocolo de Precauções Respiratórias para Aerossóis 1038

13.2.31. Protocolos de Precauções de Gotículas para Isolamento 1041

13.3. Protocolos de Enfermagem (Rotinas por Nível de Qualificação dos Profissionais) nas Áreas de Internação/Enfermarias, UTI, CME e Bloco Cirúrgico 1044

13.3.1. Protocolo de Balanço Hídrico 1044

13.3.2. Protocolo de Administração de Nebulização/Inalação/Micronebulização 1048

13.3.3. Protocolo de Aspiração de Tubo Endotraqueal 1050

13.3.4. Protocolo de Administração De Oxigênio Por Máscara Facial 1054

13.3.5. Protocolo de Aspiração de Vias Aéreas Superiores 1057

13.3.6. Protocolo de instalação de Oximetria de Pulso 1060

13.3.7. Protocolo de Oxigenioterapia por Cateter Tipo Óculos 1063

13.3.8. Protocolo de Oxigenioterapia por Cateter Nasal 1065

13.3.9. Protocolo de Administração de Nutrição Oro e Nasoentérica 1068

13.3.10. Protocolo de Administração de Nutrição Parenteral 1072

13.3.11. Protocolo de Nutrição por Gastrectomia 1075

13.3.12. Protocolo de higiene do Couro Cabeludo 1078

13.3.13. Protocolo de Higiene Íntima Feminina 1081

13.3.14. Protocolo de Higiene Íntima Masculina 1084

13.3.15. Protocolo de Higiene Ocular 1086

13.3.16. Protocolo de Higiene Oral 1089

13.3.17. Protocolo de Sondagem Nasoentérica 1091

13.3.18. Protocolo de Sondagem Oro Enteral 1096

13.3.19. Protocolo de Sondagem Nasogástrica 1099

13.3.20. Protocolo de Coleta de Material para Urocultura 1102

13.3.21. Protocolo de Lavagem Intestinal 1105

13.3.22. Protocolo de Curativo Cateter Venoso Central Simples 1108

13.3.23. Protocolo de Curativo de Incisão Cirúrgica Limpa e Seca 1111

13.3.24. Protocolo de Curativo de Pele Não Íntegra com Tecido de Desvitalizado 1114

13.3.25. Protocolo de Curativo de Pele Não Íntegra com Tecido de Granulação 1117

13.3.26. Protocolo de Curativo em Cateter de Duplo Lúmem (CDL) 1120

13.3.27. Protocolo de curativo em Dreno de Tórax 1125

13.3.28. Protocolo de Limpeza de Feridas Neoplásicas 1128

13.3.29. Protocolo de Curativo em Cateter por Dissecção Venosa (Flebotomia) 1132

13.3.30. Protocolo de Curativo em Ferida Operatória Limpa com Dreno de Penrouse 1135

13.3.31. Protocolo de Curativo em Gastrectomia 1138

13.3.32. Protocolo de Curativo em Lesão por Pressão Estágio 1 1141

13.3.33. Protocolo de Curativo em Lesão Por Pressão Estágio 2 1144

13.3.34. Protocolo de Curativo em Lesão por Pressão Estágio 3 1147

13.3.35. Protocolo de Curativo em Lesão por Pressão Não Estadiável 1151

13.3.36. Protocolo de Orientações Gerais para a Realização de Curativos 1154

13.3.37. Protocolo de Instalação de Balão Intra Aórtico 1158

13.3.38. Protocolo de Desinfecção Química de Artigos Semicríticos 1161

13.3.39. Protocolo de Lavagem, Secagem e Preparo de Artigos Críticos e Semicríticos, Convencionais e Canulados 1165

13.3.40. Protocolo de Monitorização Cardíaca 1168

13.3.41. Protocolo de Pressão Arterial Invasiva 1171

13.3.42. Protocolo de Pressão Intra-Abdominal 1176

13.3.43. Protocolo de Pressão Venosa Central – PVC 1180

13.3.44. Protocolo de Reanimação Cardíaca 1184

13.3.45. Protocolo de processo de esterilização de Instrumentais e Materiais para Uso Hospitalar 1188

13.3.46. Protocolo de Processo de Esterilização e Liberação de Implantáveis 1191

13.3.47. Protocolo de Administração de Medicamentos Intramuscular 1194

13.3.48. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Endovenosa 1198

13.3.49. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Intradérmica 1201

13.3.50. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Nasal 1204

13.3.51. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Ocular 1207

13.3.52. Protocolo de Administração de Medicamentos via Oral 1210

13.3.53. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Subcutânea 1213

13.3.54. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Sublingual 1216

13.3.55. Protocolo de Coleta de Amostra Sanguínea para Hemotransfusão 1219

13.3.56. Protocolo de Notificação de Reação Transfusional 1222

13.3.57. Protocolo de Punção Venosa 1224

13.3.58. Protocolo de Transfusão de Hemocomponetes e Hemoderivados 1229

13.3.59. Protocolo de Colocação de Luvas Estéreis 1232

13.3.60. Protocolo de Higienização das Mãos 1235

13.3.61. Transporte de Transporte Intra Hospitalar de Pacientes 1237

13.3.62. Protocolo de Alta 1240

13.3.63. Protocolo de Encaminhamentos Após Óbito 1244

13.3.64. Protocolo de Precauções Respiratórias para Aerossóis 1247

13.3.65. Protocolos de Precauções de Gotículas para Isolamento 1250

13.4. Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e Rotinas Operacionais para os Serviços de maior Complexidade na Medicina como nas Emergências e Unidades de Terapia Intensiva de Adulto. 1253

13.4.1. Protocolo Parada Cardiorrespiratória – PCR 1255
13.4.2. Protocolo Atendimento Dor Torácica 1261
13.4.3. Protocolo Crise Hipertensiva 1274
13.4.4. Protocolo Trauma 1276
13.4.5. Protocolo Sepse Grave e Choque Séptico 1298
13.4.6. Protocolo Urgências e Emergências Urológicas 1303
13.4.7. Protocolo Sangramento no Pós-Operatório 1323
13.4.8. Protocolo Complicações Infecciosas no Pós-Operatório 1325
13.4.9. Protocolo Complicações Neurológicas 1327
13.4.10. Protocolo Intubação em Situações Especiais 1330
13.4.11. Protocolo Choque 1332
13.4.12. Protocolo Lesões Associadas e das Fraturas Expostas 1334
13.4.13. Protocolo Anafilaxia 1338
13.4.14. Protocolo Disfunções Respiratórias 1343
13.4.15. Protocolo Acidente Vascular Cerebral 1347
13.4.16. Protocolo Hemorragia Digestiva Alta (HDA) 1352
13.4.17. Protocolo de Traumatismo Cranioencefálico- TCE 1356
13.4.18. Protocolo Colelitiase 1363
13.4.19. Protocolo Coledocolitiase 1365
13.4.20. Protocolo Colangite 1368
13.4.21. Protocolo Admissão na U.T. I 1370
13.4.22. Protocolo Monitoração 1374
13.4.23. Protocolo Embolia Pulmonar 1377
13.4.24. Protocolo Atendimento Taquiarritmias 1380
13.4.25. Protocolo Insuficiência Cardíaca - IC 1388
13.4.26. Protocolo IAM com SUPRA ST 1401
13.4.27. Protocolo Fibrilação Atrial 1407
13.4.28. Protocolo Reposição Volêmica 1410

13.4.29. Protocolo Insuficiência Renal 1411

13.4.30. Protocolo Hipoglicemia 1418

13.4.31. Protocolo Anestesia e Sedação 1422

13.4.32. Protocolo - Hipertermia Maligna 1433

13.4.33. Protocolo - Intubação Traqueal Difícil 1447

13.5. Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e Rotinas Operacionais para os Ambulatórios, Hospital Dia e Enfermarias, Destaques para os Plantões e Sobreaviso 1456

13.5.1. Protocolo DOR 1456

13.5.2. Protocolo de Vias Aéreas Superiores - IVAS 1467

13.5.3. Protocolo Crise Hipertensiva 1472

13.5.4. Protocolo - Pré-Operatório 1474

13.5.5. Protocolo Sangramento No Pós-Operatório Cirurgia Pediátrica 1482

13.5.6. Protocolo - Profilaxia Antimicrobiana 1486

13.5.7. Protocolo - Hérnias 1489

13.5.8. Protocolo Doença do Refluxo Gastresofágico 1492

13.5.9. Protocolo - Abscesso Hepático 1501

13.5.10. Protocolo Pancreatite Crônica 1505

13.5.11. Protocolo Alterações Fisiológica no Pós Operatório 1505

13.5.12. Protocolo Reposição Volêmica 1512

13.5.13. Protocolo Disfunções Respiratórias 1514

13.5.14. Protocolo Disfunções Gastrintestinais 1518

13.5.15. Protocolo Complicações Neurológicas 1520

13.5.16. Protocolo de Complicações Neurológicas Pediátricas 1523

13.5.17. Protocolo de Complicações Endócrinas 1527

13.5.18. Protocolo Disfunções Orgânicas no Pós Operatório 1531

13.5.19. Protocolo Distúrbios de Condução 1542

13.5.20. Protocolo Complicações Infecciosas no Pós-operatório Pediátrica 1543

13.5.21. Protocolo Colecistite Aguda 1545

13.5.22. Protocolo Apendicite Aguda 1550

13.6. Apresentação de Quadro de Metas para a Área Médica (Por Especialidades) observados, em especial as Consultas em Ambulatório, Internações Hospitalares e de Terapia Intensiva. 1553

13.7. Apresentação de Quadro De Pessoal Técnico por Área de Atividade Profissional (Por Especialidades), Compatível com as Atividades do Plano de Trabalho 1554

14. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS 1556

14.1. Instrução para o Funcionamento do Serviço Social com Especificação de Estrutura, Normas e Rotinas, Definidas as Áreas de Abrangência, Horário e Equipe Mínima 1556

14.1.1. Manual, Rotinas e Normas Do Serviço Social 1556

14.1.1.1. Rotinas Operacionais 1560

14.1.1.2. Normas do Serviço Social 1567

14.2. Instrução para o Funcionamento da Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar com Especificação de Normas e Rotinas, Área de Abrangência, Horário e Equipe Mínima. 1569

14.2.1. Manual de Funcionamento do Serviço de Enfermagem 1569

14.2.2. Manual de Funcionamento do Serviço de Psicologia 1607

14.2.3. Manual de Funcionamento do Serviço de Nutrição 1614

14.2.4. Manual de Funcionamento do Serviço de Odontologia 1626

14.2.5. Manual de Funcionamento do Serviço de Terapia Ocupacional 1628

14.2.6. Manual de Funcionamento do Serviço de Fisioterapia 1631

14.2.7. Manual de funcionamento do Serviço de Fonoaudiologia 1634

14.2.8. Manual de Funcionamento do Serviço de Farmácia 1639

14.2.9. Manual e Funcionamento do Serviço de Radiologia 1664

14.2.10. Manual de Funcionamento do Serviço de Engenharia Clinica 1669

14.3. Normas para o Funcionamento do Serviço de Administração Geral com especificação (Estrutura, Normas e Rotinas, Horário e Equipe Mínima) 1677

14.4. Quanto a Implemetação da Gestão 1686

14.4.1. Modelo de Gestão de Proposto 1687

14.4.2. Estratégias para a Implantação do Modelo de Gestão a Política do Cuidado 1690

14.4.3. Estratégia Operacional 1695

14.4.4. Estratégia para Melhoria da Qualidade Assistencial 1697

14.4.5. Estratégias de Impacto para a Gestão do HERSO 1698

14.4.6. Estratégia para a Mudança do Clima Organizacional do HERSO 1698

14.4.7. Estratégia para a Gestão de Pessoal 1699

14.4.8. Modelos e Certificações de Qualidade a serem implantados 1700

14.4.9. Indicadores chaves a serem implantados no HERSO 1702

14.4.10. Indicadores de Gestão 1706

14.4.10.1. Indicadores de Recursos Humanos 1706

14.4.10.2. Indicadores Administrativos e Financeiros 1706

14.4.10.3. Indicadores da Operação Hospitalar 1707

14.4.10.4. Indicador de Espera de Usuários 1708

14.4.10.5. Indicador de Atividade Assistencial 1708

14.4.10.6. Indicadores da Garantia da Qualidade 1708

14.4.10.7. Indicadores da Residência Médica 1709

14.4.10.8. Indicadores da Residência Multiprofissional e Uni Profissional 1709

14.4.10.9. Indicadores de Estágio Obrigatório 1710

14.4.10.10. Indicador do Jurídico e Fiscal 1710

14.4.10.11. Indicador de Produtividade 1710

14.4.11. Proposta de Modernização Gerencial 1711

14.4.12. Instrumentos de Controle da Gestão 1726

14.4.13. Instrumentos de Comunicação/Informação com o Gestor Estadual 1739

14.4.14. Limites de Responsabilidades a serem assumidas pelo INSV 1740

14.4.15. Descrição do Funcionamento do Modelo de Regulação Assistencial 1741

14.4.16. Conselho Fiscal 1744

14.4.17. O transporte Inter-hospitalares dos pacientes do HERSO 1746

14.4.18. Descrição e Organização dos Serviços 1751

14.5. Apresentação da Padronização de Medicamentos e Materiais Médicos Hospitalares 1752

14.6. Apresentação de Critérios para a Contratação de Terceiros para os Serviços de Limpeza, Vigilância e Manutenção Predial 1774

14.6.1. Do Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial 1789

14.6.2. Do Serviço de Limpeza / Higienização e Conservação Hospitalar 1796

15. DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS E GESTÃO DO TRABALHO 1814

15.1. Projeto de Desenvolvimento Humano com Pesquisa Periódica de Clima Organização e Definição de uso das Informações 1815

15.2. Apresentação de Plano de Cargos e Salários 1836

15.3. Proposta para Estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, Sugestão de Condutas para Combater Absenteísmo Dos Profissionais E Estimular Produção. 1840

15.4. Registro e Controle de Pessoal e Modelo para Escalas de Trabalho e Apresentação de Critérios para Casos de Afastamentos (Férias e Licenças) 1862

15.5. Proposta de Trabalho com Adequado Planejamento, Visão de Futuro, Cronogramas de Execução, Custos Estimados e Resultados Factíveis. 1868

Gestão da qualidade, foco no cliente, atenderas necessidades é esperado, satisfaze-los nos desafias...” (Elieser Ribeiro)

1 TÍTULO

Proposta Técnica para Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**) localizado Avenida Uirapuru, s/n – Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000– Goiás, conforme Chamamento Público Nº 04/2023-SES/GO, processo n° 202300010023436.

2 IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE

Entidade:		**CNPJ:**
INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA - INVS		**13.824.560/0001-02**
Endereço: Rua: CORONEL SEBASTIÃO DIAS, S/N.		
Bairro: CENTRO	**Cidade:** SANTO AMARO-BA	**CEP:** **44.200-000**
E-mail presidente@**INSV**saude.org	**Site:** www.**INSV**saude.org	**Telefone:** 71-99935-2582
Nome do Responsável: VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO		**CPF:** 438.205.495-87
CONTA ESPECIFICA PARA O CONVÊNIO		
Banco **237-BRADESCO**	**Agência** **1327**	**Conta Corrente** **0002089-3**

A **Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos –ISNV** - **Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória** é uma Organização Social de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópica, com autonomia administrativa e financeira, que tem por objetivo a

excelência na execução de contratos de gestão e seus respectivos programas e projetos na área da saúde, atuando de forma humanizada, respeitando a ética e compromisso social.

A Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos –**INSV** – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória foi fundado em 1866, titulada tão somente, à época, como Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos, com intuito de viabilizar projetos em saúde, a princípio no Município de Santo Amaro - BA.

Iniciou suas atividades através do Hospital Nossa Senhora da Vitória disponibilizando à comunidade atendimento médico-hospitalar de Média Complexidade, com atendimento voluntário por parte dos profissionais e através de doações pela comunidade. Posteriormente, com o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS, o instituto passou a receber recursos públicos para gestão do Hospital Nossa Senhora da Vitória.

Atualmente, o Hospital Nossa Senhora da Vitória oferece Serviços de Urgência e Emergência 24 horas: Atendimento Ambulatorial; Exames de Análises Clínicas; Serviços de Imagem em Radiologia, Eletrocardiograma e Ultrassonografia; Atendimentos Ambulatoriais nas especialidades de: Cardiologia, Oftalmologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia, Obstetrícia, Ortopedia e Clínica Geral; Atendimento Odontológico, Procedimentos Oftalmológicos e Trauma-Ortopédicos, além de internação Hospitalar nas Clínicas: Médica, Pediátrica, Obstétrica e Cirúrgica. Todos os atendimentos são prestados nas instalações físicas do instituto, em atendimento 24 horas por dia, à população de Santo Amaro e dos distritos circunvizinhos, obedecendo-se ao princípio da universalidade de atendimento, conforme dispõe o art. 2º da Lei 12.101, de 2009. A produção da entidade é lançada no Sistema Único de Saúde pela Prefeitura de Santo Amaro/BA por meio de Autorização Internamento Hospitalar (AIH).

Mais recentemente, considerando que a instituição existe há mais de 150 anos o **INSV** passou a firmar instrumentos de parceria com a administração pública. O objetivo é gerir operacionalizar unidades de saúde pública, sempre com o propósito de oferecer o melhor atendimento à população usuária do SUS.

Diretrizes Organizacionais

O **INSV** é constituído nos termos da legislação atinente às Organizações Sociais, com vistas a atender as demandas da administração pública, de forma própria e legal, obedecendo os princípios da transparência e moralidade em todos os atos praticados, para viabilizar a

formalização de instrumentos contratuais de operacionalização e gestão de unidades de saúde de suma importância e relevância para a saúde brasileira.

Visão

O **INSV** tem como meta ser uma Organização de Gestão em Saúde referência no Brasil, prestando serviço de excelência em consultoria e gestão especializada para organizações públicas e privadas.

Missão

Nossa missão é promover e desenvolver Saúde, Educação e Assistência Social em favor dos cidadãos, investindo em uma gestão empenhada na valorização da vida, na ética e na humanização dos serviços prestados.

Valores

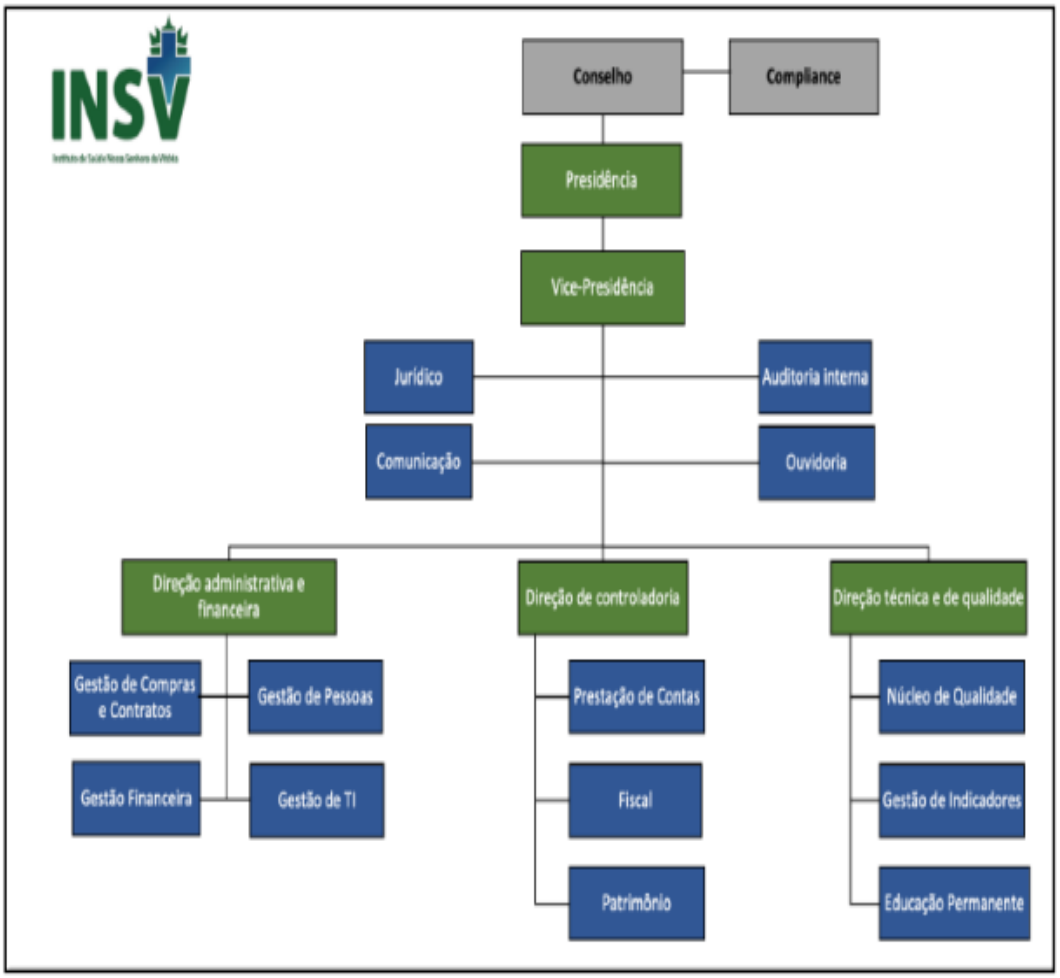
- **Ética e Credibilidade**: Atuar com base nos mais elevados princípios éticos se comprometendo a gerir recursos e serviços de forma responsável e otimizada.
- **Inovação e excelência:** Buscar soluções inovadoras e criativas, visando atender as necessidades e superar as expectativas dos pacientes e clientes.
- **Foco nas pessoas**: Desempenhar ações humanizadas, investindo na manutenção de um ambiente propício para constante atualização e crescimento dos colaboradores, valorizando e fomentando o desempenho individual e coletivo.
- **Transparência:** Manter uma conduta transparente em relação aos objetivos contratuais e aos compromissos assumidos pelo Instituto.

Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional representa um elo entre as estratégias traçadas pela entidade e a sua atuação dentro do ambiente ao qual ela está inserida. Para demonstrar a capacidade gerencial da Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos –**INSV** – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória na execução do que será apresentado nessa

Proposta Técnica, serão apresentados, a seguir, a estrutura geral da instituição, disposta em níveis hierárquicos, onde quanto mais alto estiver um cargo, maior a autoridade e a abrangência da atividade.

Figura 4.1-1 -INSV



3 DESCRIÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA

Proposta Técnica para Saúde para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, incluindo equipamentos, insumos e outros no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**), localizado Avenida Diamantes, esquina com Mucuri, quadra 2-A, S/N Setor Conde dos Arcos, Santa Helena de Goiás - Goiás, CEP: 74.969-105 – Goiás, em regime de 24 horas, referente ao instrumento de Chamamento Público Nº 04/2023-SES/GO, processo n° 202300010023436. A Proposta Técnica terá

abrangência territorial de todo o município de Santa Helena de Goiás e pacientes oriundos da Região Centro-Sul de Goiás (aproximadamente 850.000 habitantes).

4 JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

As atividades típicas da Administração Pública consistem nas ações das políticas de saúde, planejamento, controle, monitoramento, avaliação, auditoria, e fiscalização dos serviços de saúde ao passo que a execução dos serviços de saúde, ou seja, a prestação direta dos serviços, pode ser transferida para um parceiro privado, que será controlado, avaliado, auditado e fiscalizado pela Administração. Nesse contexto que as parcerias com as entidades do Terceiro Setor surgem como uma alternativa para ampliar o acesso aos serviços de saúde pelos usuários e com melhor qualidade, pois essas entidades se especializaram na prestação de serviços, reduzindo custos e aplicando de forma eficiente os recursos a elas repassados para o custeio das atividades.

Existem diversos modelos já regulamentados no Brasil, entretanto os que têm apresentado melhores resultados, inclusive com ampla adoção pelos Estados, como em Goiás, São Paulo, Pará e Bahia, tendo sido firmado parcerias com Organizações Sociais da Saúde – OSS.

O termo OSS refere-se à qualificação concedida por um ente público a uma associação sem fins lucrativos que tem por objetivo a prestação de ações e serviços de saúde. O que difere essa associação civil das demais é a existência, em sua estrutura, de um órgão, denominado de Conselho de Administração, que tem a funções de assessoramento superior e com competências para deliberar sobre matérias específicas, reforçando o caráter de tecnicidade e qualidade da gestão da entidade.

O Conselho de Administração é composto por membros da própria entidade, de pessoas representantes da sociedade civil organizada e dos empregados ou colaboradores da associação, conferido ao Conselho a representatividade dos diversos setores da comunidade e legitimidade para deliberar sobre matérias de alta relevância para execução da parceria firmada entre o ente público e a organização social.

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

No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos, porquanto a avaliação dá-se pelo cumprimento efetivo e de qualidade das metas estabelecidas no respectivo contrato de gestão.

A eficiência produzida pelo modelo de gestão não implica em negar a legalidade, mas, ao contrário, constitui componente relevante a ser introduzido na interpretação da lei, vinculando-a com a realidade dos Contratos de Gestão. Assim, a eficiência em nada mitigará o princípio da legalidade, mas sim, trará para si uma nova lógica determinando que os resultados práticos alcançados possam ser avaliados sob os diversos prismas da formalidade e abstração.

A introdução desse modelo de gestão otimiza o princípio da oportunidade para que a Administração Pública cumpra seus deveres com eficiência. Outrossim, é fundamental para a Organização Social se vincular aos direitos fundamentais, o que demanda, para a qualificação da entidade, a análise detida da previsão estatutária para esta finalidade quanto do efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção desses direitos.

A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os cidadãos, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público, nesse caso, o Governo Municipal. Mesmo administrado por uma Organização Social, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas, não só pelo órgão supervisor, como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas dos Contratos de Gestão da **Secretaria de Estado da Saúde - SES**

E é na qualidade de organização social já qualificada por diversos entes que o **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA - INSV** pretende firmar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás para, de forma compartilhada, realizar o gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde no **Hospital Geral de Média e Alta Complexidade em Urgência e Emergência**, de demanda regulada e/ou referenciada, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), conforme classificação de risco, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões. Oferecerá suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual. Atualmente, o **HERSO** possui **69 leitos gerais, 18 leitos complementares e 4 leitos dia**. O **Hospital Estadual de Santa Helena de**

Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO), localizado Avenida Diamantes, esquina com Mucuri, quadra 2-A, S/N Setor Conde dos Arcos, Santa Helena de Goiás - Goiás, CEP: 74.969-105 – Goiás, conforme Edital de Seleção e termos desta Proposta.

4.1 O Sistema Único de Saúde no Brasil - SUS

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

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

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

Além da possibilidade de executar diretamente os serviços, o Estado também é responsável pelas seguintes atividades, dentre tantas inerentes à gestão da saúde:

- Planejamento
- Desenho e implementação das redes de atenção à saúde
- Controle, avaliação e auditoria
- Regulação de acesso
- Ações de educação continuada
- Aquisição de materiais e medicamentos
- Operacionalização do Tratamento Fora do Domicílio – TFD

- Gestão dos recursos humanos

Com tantas responsabilidades para cumprir e poucos recursos e pessoal especializado no nível operacional, o resultado tem sido a redução da qualidade dos serviços de saúde prestados diretamente e um aumento dos custos de execução dos serviços de média e alta complexidade e, notadamente, refletindo, inclusive, no fenômeno da judicialização da saúde.

A situação da saúde para os gestores da saúde não está confortável, sendo necessário a tomada de uma decisão estratégica, qual seja, escolher entre manter o atual quadro ou focar nas ações típicas da Administração e firmar parcerias para que atividades fins, a execução dos serviços de saúde, sejam realizados por parceiros privados.

4.2 Urgência e Emergência no Brasil – SUS

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). Soma-se a isso o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas.

De acordo com o Censo de 2010, 10% da população brasileira contava com mais de 60 anos, o que significa mais de 20 milhões de pessoas (IBGE, 2010). Além do fator longevidade no País, deve ser considerada a acentuada queda da natalidade, para que novas estratégias em saúde sejam pensadas. O último Censo, realizado em 2010, apresentou, em relação ao censo anterior, um aumento de 12,3% da população brasileira, o que revela uma objetiva diminuição do ritmo do crescimento populacional, se assemelhando a padrões europeus.

Além da mortalidade precoce e das sequelas decorrentes dos acidentes de trânsito, de outras violências e das doenças cardiovasculares (DCV), deve-se considerar os sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por essas condições clínicas e suas famílias. Soma-se a isso o alto custo socioeconômico. Desse modo, a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), mais do que uma prioridade, é uma

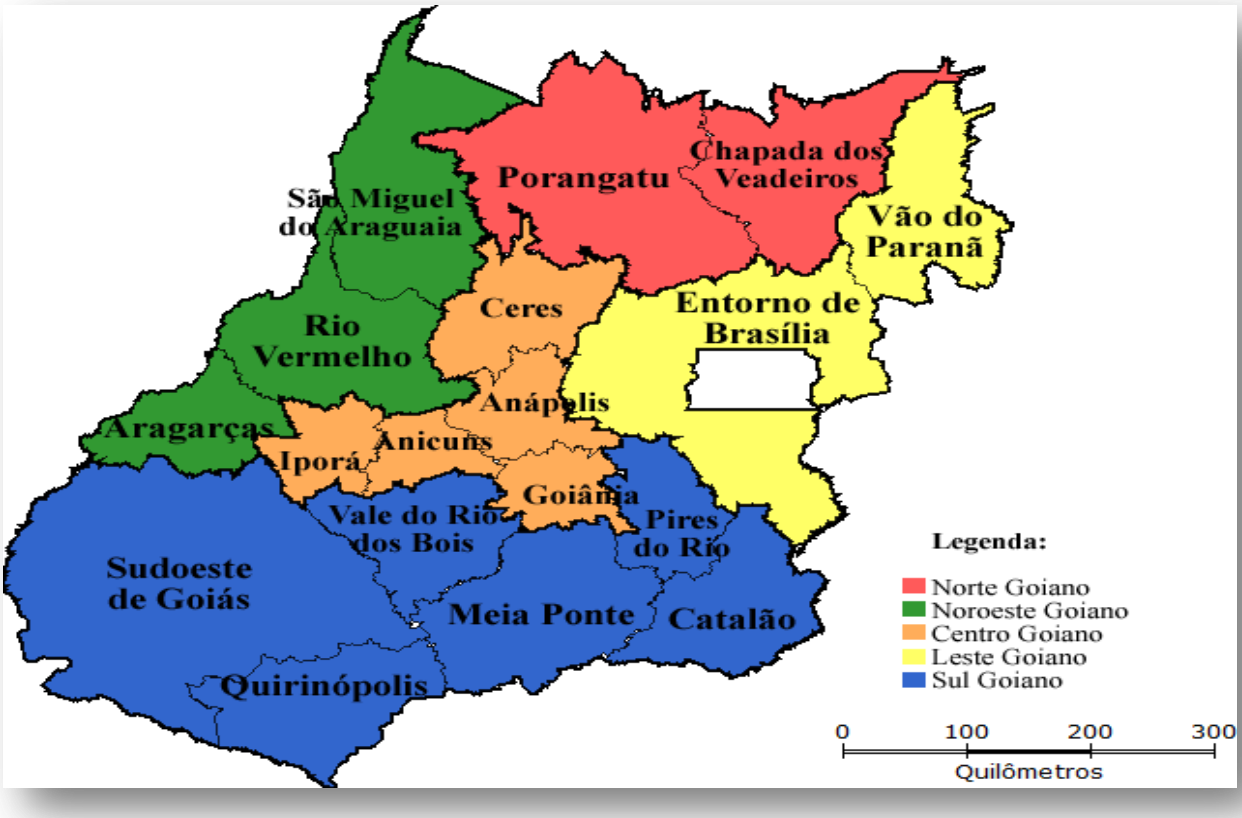
necessidade premente, de modo a intervir de forma organizada e efetiva sobre tais doenças e agravos.

A crescente demanda por serviços nesta área, em consequência do crescimento do número de acidentes e da violência urbana, e a insuficiente estruturação da rede, são fatores que tem contribuído decisivamente para o sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da sociedade.

4.3 Panorama da Saúde em Goiás

O Estado de Goiás está situado na região Centro-Oeste do País, no Planalto Central, ocupando a sétima posição em extensão territorial, com área de 340.112 Km². Possui 246 municípios e Goiânia é sua capital e núcleo polarizador da Região Metropolitana constituída por 20 municípios e com população superior a 2 milhões de habitantes.

Figura 4.3-1 - Goiás

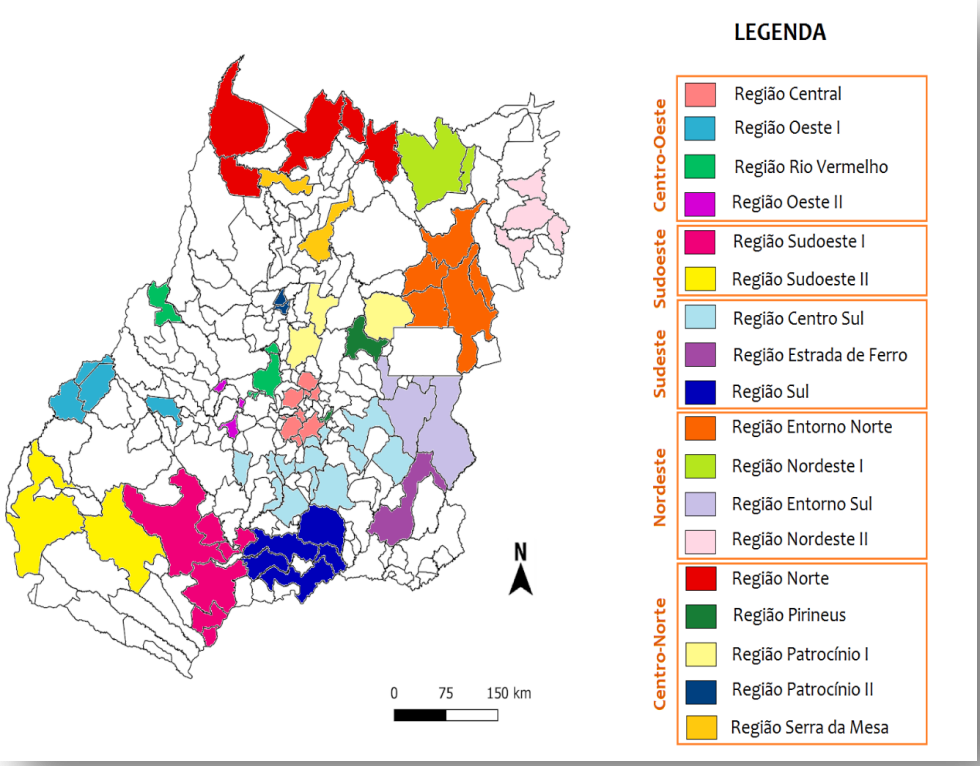


Goiânia a capital é reconhecida como um centro de excelência em medicina e concentra 35% dos estabelecimentos de saúde com registro no Cadastrado Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (DATASUS, 2017).

Figura 4.3-2 - Goiânia

Em relação à regionalização da saúde do Estado de Goiás, a rede de atenção à saúde é dividida em 17 regiões, atendendo todos os níveis, com amplitude na referência e contra referência

Figura 4.3-3 - Regiões de Saúde do Estado de Goiás. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás



4.4 O Município de Santa Helena de Goiás

A história de Santa Helena de Goiás começou com a chegada da família de Custódio P. Vêncio, que veio de Buriti Alegre, em 1934, com o propósito de adquirir terras para, conforme alguns historiadores, fundar uma nova cidade. Na região havia duas fazendas, a São Tomás e a Campo Alegre. Segundo o historiador César de Freitas Silva, Custódio P. Vêncio comprou a fazenda às margens do ribeirão Campo Alegre. Ele e os moradores da redondeza sonhavam com a fundação de uma cidade e partiram para executar a obra. Ainda de acordo com César Silva, Custódio já tinha até um nome em sua mente para o local: Santa Helena, em homenagem à sua protetora.

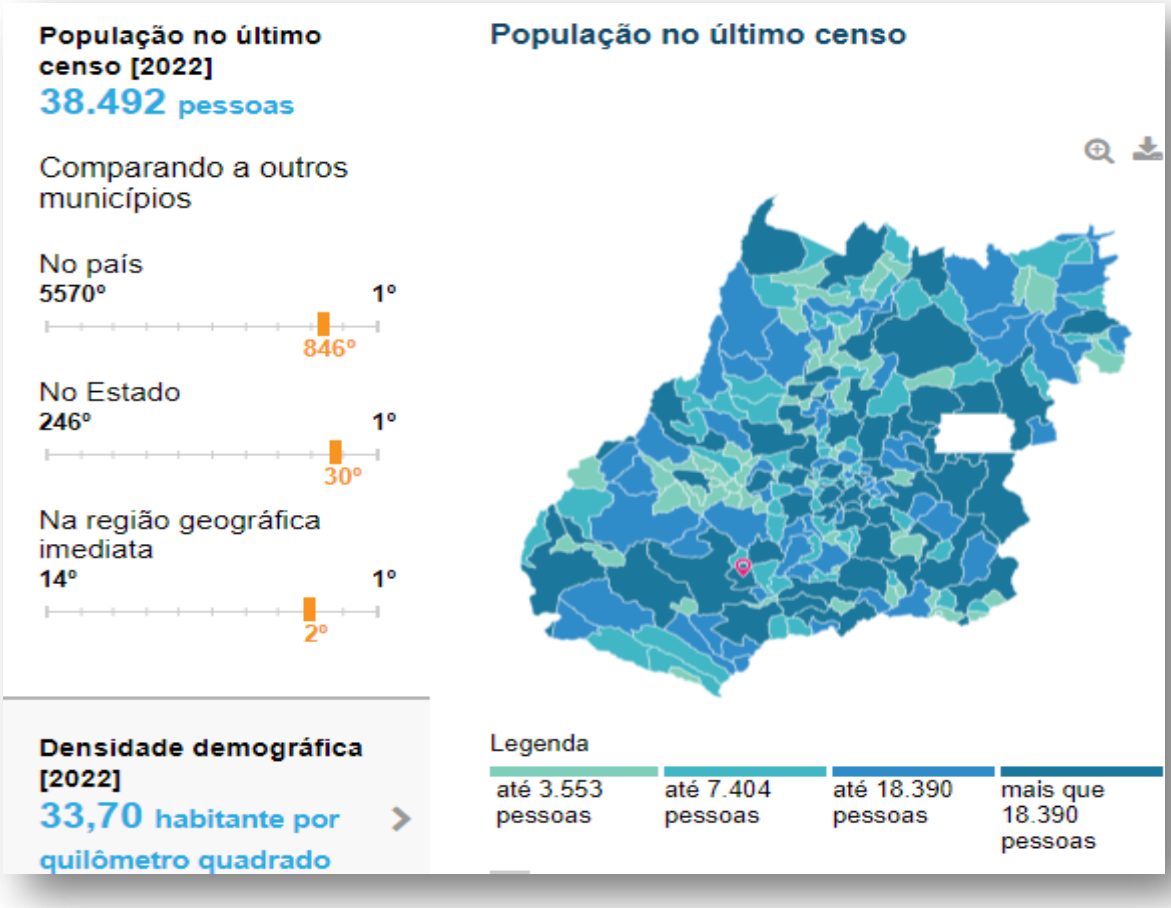
Santa Helena começou a ser construída, efetivamente, no dia 8 de outubro de 1938, quando foi realizado um grande mutirão para desmatar o local da sede do futuro município. Apesar do desejo de seu fundador, no dia 14 de outubro de 1943, a localidade passava a distrito, mas com o nome de Ipeguari, expressão indígena que significa Campo Alegre. A emancipação e a adoção do nome atual aconteceram no dia primeiro de janeiro de 1949.

Distrito criado com a denominação de Ipeguari (ex-povoado de Santa Helena) pelo Decreto-lei Estadual n.º 8.305, de 31-12-1943, subordinado ao município de Rio Verde. No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o distrito de Ipeguari figura no município de Rio Verde.

Elevado à categoria de município com a denominação de Santa Helena de Goiás pela Lei Estadual n.º 191, de 20-10-1948, desmembrado de Rio Verde.

Sede no atual distrito de Santa Helena (ex-povoado de Ipeguari). Constituído do distrito sede. Em divisão territorial datada de I-VII-1960, o município é constituído do distrito sede.

Figura 4.4-1 - Santa Helena

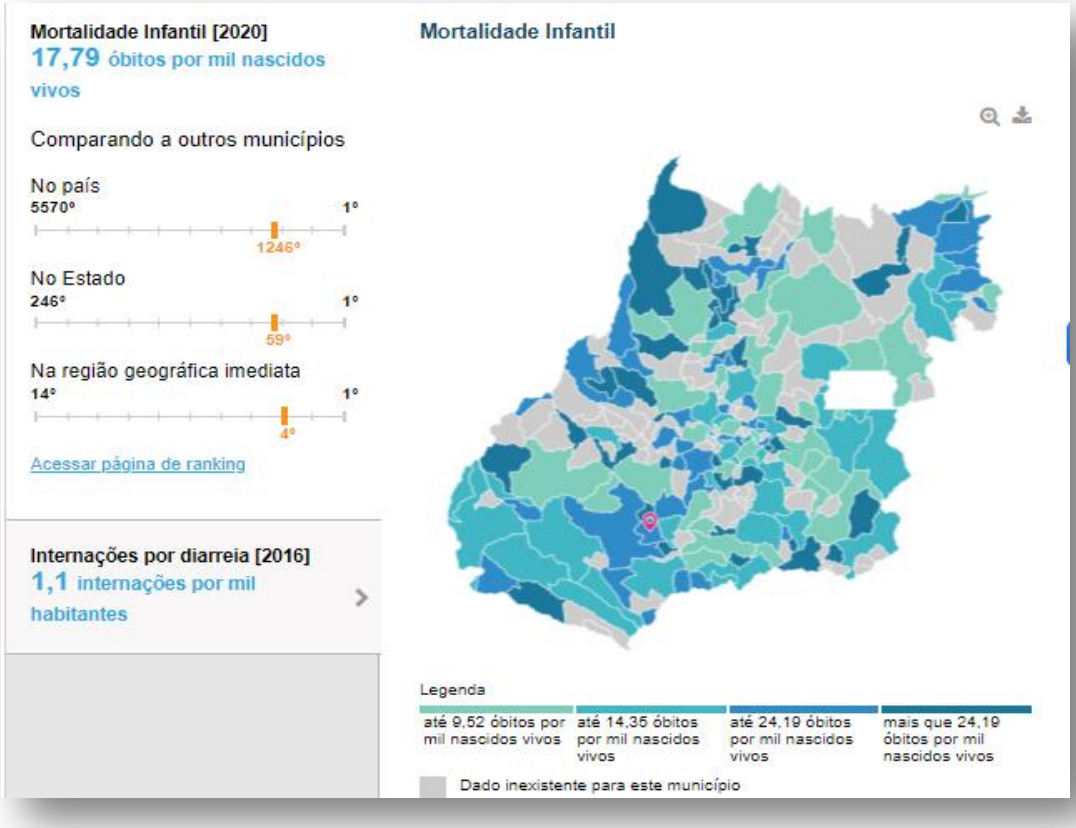


Em 2021, o salário médio mensal era de 2.1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 16.3%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 65 de 246 e 91 de 246, respectivamente. Já na

comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1674 de 5570 e 1960 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 32.9% da população nessas condições, o que o colocava na posição 170 de 246 dentre as cidades do estado e na posição 4054 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 17.79 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1.1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 59 de 246 e 98 de 246, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1246 de 5570 e 2285 de 5570, respectivamente.

Figura 4.4-2 - Saúde de Santa Helena



Apresenta 67.1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 91.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 22.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 20 de 246, 77 de 246 e 19 de 246, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 1504 de 5570, 1308 de 5570 e 1663 de 5570, respectivamente.

Figura 4.4-3 - Santa Helena

4.5 Descrição da Unidade

Nome: **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS - DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO)**

CNES: 6665322

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

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

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

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

O **HERSO** possui: 69 leitos gerais, 18 leitos complementares e 4 leitos dia

Figura 4.5-1 - Capacidade Instalada do HERSO

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

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

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

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

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

O **HERSO** é uma Unidade que funciona 24 horas realizando atendimentos de média e alta complexidade, prestando atendimento prioritariamente à Macrorregião Sudoeste e região de saúde Sudoeste - II.

As internações são predominantemente clínicas, porém também existem internações cirúrgicas eletivas alinhadas ao perfil da Unidade.

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

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

Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares, enviando a Autorização de Internação Hospitalar - AIH devidamente preenchida pelo médico assistente ou plantonista e os exames pertinentes ao diagnóstico, os quais serão anexados à solicitação no sistema de regulação de vagas do Complexo Regulador Estadual;

Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

a) Assistência por equipe médica especializada;

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;

c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;

e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

g) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;

h) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos de 86 usuários atendidos nas 24h.

i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;

j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;

m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, considerando a legislação vigente e as normas regulamentadoras do SUS, as quais dão direito à presença de acompanhante;

n) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;

o) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;

p) Sangue e hemoderivados;

q) Fornecimento de enxoval;

r) Procedimentos especiais em número e qualidade adequados para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;

s) A realização das cirurgias, devendo o PARCEIRO PRIVADO evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;

t) Transporte inter-hospitalares para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, em todos os níveis de complexidade, independente da distância.

A assistência hospitalar envolve a disposição de equipe de profissionais para atuarem no processo de deshospitalização. A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências e atende à demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24hs.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea em situações de urgência e emergência; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

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

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

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

Figura 4.5-2 - Especialidades de Urgência

Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no HERSO
Bucomaxilo
Cirurgia Geral
Clínica Médica
Ortopedia e Traumatologia
Neurocirurgia
Neurologia clínico
Vascular

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

Será de inteira responsabilidade pelo **INSV**: o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as Inter consultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

Figura 4.5-3 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

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

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

- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
- Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).
- Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048/2000).
- Sangue e hemoderivados.
- Fornecimento de roupas hospitalares.
- Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.
- Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.
- Atendimento às Urgências Hospitalares

A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências de demanda espontânea, referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

Os serviços da unidade **HERSO** atendem às políticas nacional e estadual de urgência em média e alta complexidade, definidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde, sendo:

✔ **Assistência Hospitalar**: Prestada em regime de hospitalização, compreendendo o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar e todos os serviços relacionados à Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

- ✔ **Urgência:** O Hospital dispõe de atendimento a urgências, atendendo a demanda que lhe for encaminhada, conforme o fluxo estabelecido Complexo Regulador Estadual da Secretaria de Estado da Saúde, durante as 24 horas do dia, initerruptamente.
- ✔ **Ambulatório**: O Ambulatório do **HERSO** deve atender aos usuários egressos da instituição hospitalar de forma referenciada, por meio da Central de Regulação Estadual para as especialidades previamente definidas, respeitando o limite da capacidade operacional do Ambulatório.
- ✔ **Unidade de Terapia Intensiva**: A UTI do Hospital **HERSO** realiza assistência à pacientes adultos, com perfil clínico e cirúrgico, conta com 10 leitos de UTI Adulto.
- ✔ **Serviço de atendimento como hospital dia**: setor responsável pela a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.
- ✔ **Serviço de Farmácia:** Setor responsável por garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.
- ✔ **Serviço Nutrição e Dietética- SND**: O Serviço de Nutrição e Dietética é próprio e presta assistência nutricional, fornecendo refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando a satisfação e recuperação da saúde.
- ✔ **Lavanderia**: Não possui lavanderia hospitalar própria, sendo esse serviço terceirizado somente realiza o serviço de hotelaria em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada à todos setores do Hospital.
- ✔ **Centro Cirúrgico:** O Centro Cirúrgico possui salas equipadas para atender qualquer tipo de procedimento cirúrgico, com funcionamento ininterrupto nas 24h todos os dias da semana. Possui 7 salas cirúrgicas e 1 sala de Recuperação Pós-Anestésica – RPA
- ✔ **Central de Material e Esterilização – CME**: Área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico hospitalares. É nessa área que se realiza o controle, preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.
- ✔ **Laboratório**: O Laboratório, dotado de 01 Agência Transfusional - AT e Serviço de Análises Clínicas, disponibilizados aos usuários atendidos em regime de urgência/emergência, internação e ambulatorial.

- ✔ **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico** – SADT Interno: Entende-se, por SADT Interno, a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico para a totalidade dos pacientes atendidos em regime de urgência e emergência, internação e ambulatorial do próprio Hospital. O SADT compreende os seguintes recursos diagnósticos: Radiologia Digital, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia/Doppler, Eletrocardiografia, Análises Clínicas, endoscopia.
- ✔ **Ensino e Pesquisa:** A certificação do MEC/MS é reconhecida nacionalmente como um quesito de excelência em qualidade da instituição de saúde, à semelhança dos certificados de acreditação hospitalar. É de fundamental importância a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão nas unidades da SES. A Unidade desenvolve atividades de Ensino (modalidade de Residência medica, estagio obrigatório de ensino técnico, tecnológico, superior e pós-graduação lato sensu) e Pesquisa em parceria com instituições de ensino profissionalizante e de ensino superior, conveniadas com a SES assim como ações de extensão em parceria com instituições e associações filantrópicas. Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da atenção à saúde oferecida aos usuários do SUS. A Unidade gerida pela OS será responsável por instalar e manter a COREME e o setor de ensino e pesquisa e, instalar e manter a unidade para primeiramente ser campo de pratica dos residentes multiprofissionais (COREMU) e, assim em seguida buscará promover abertura de programa próprio de residência multiprofissional e ampliar vagas e programas de residências medicas, disponibilizar a realização de pesquisas pelos estudantes/acadêmicos/residentes. Para o desenvolvimento dessas atividades, a unidade deverá se adequar às exigências do Ministério da Educação - MEC para as devidas certificações.
- ✔ **Agência Transfusional (AT),** é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. O suprimento de hemocomponentes a esta agência é (e deverá continuar a ser) realizado pelo Hemocentro Coordenador Estadual Prof. Nion Albernaz (HEMOGO). A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.
- ✔ O **serviço de hemoterapia** integra a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia (REHEMO) e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO, inclusive da Superintendência de Atenção Integral à Saúde/Gerência de Atenção

Terciária/Coordenação da Hemorrede, especialmente quanto a assistência hemoterápicas e hematológica.

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

Do Atendimento Ambulatorial

O atendimento ambulatorial do **HERSO** compreende:

a. Primeira Consulta
b. Primeira Consulta de Egresso;
c. Consultas Subsequentes (retornos).

Entende-se por Primeira Consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela central de regulação do estado ou município ao hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por Primeira Consulta De Egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, realizada após a alta Hospitalar da instituição, para o atendimento de uma determinada referida.

Entende-se por Consulta Subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, nas categorias profissionais de nível superior. O atendimento ambulatorial opera da seguinte forma: das 07h00 às 19h00, de segunda a sexta-feira, nas especialidades descritas no quadro abaixo, conforme demanda dos pacientes egressos do hospital:

O **INSV** poderá fazer a adequação da distribuição física, desde que tenha a anuência prévia do Parceiro Público, primando pela melhor distribuição, com o intuito do atendimento assistencial dos pacientes relacionados ao perfil da referida unidade.

A equipe técnica será composta por pessoas qualificadas, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e aos serviços a serem prestados. Para isso, o **INSV** seguirá a política de saúde, as normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego, em específico a norma regulamentadora de Segurança e Saúde no

Trabalho, em estabelecimentos de assistência à saúde, e ainda às resoluções dos Conselhos Profissionais envolvidos neste processo.

A constituição da equipe médica será formada por profissionais das especialidades exigidas, neste Edital, com títulos ou certificados da especialidade correspondentes, devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina, Resolução CMF nº 1634/2002 e alterações posteriores. Esta equipe realizará a atividade assistencial quantificada no Contrato, em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços pormenorizados neste Edital.

A unidade terá um Responsável Técnico - RT Médico e de Enfermagem, ambos com registro nos respectivos Conselhos de Classe. Sendo que, o médico Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumirá a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada no SUS.

Os profissionais relacionados no dimensionamento de pessoal médico, do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**), serão disponibilizados diariamente, conforme a Resolução nº 2077/14 do Conselho Federal de Medicina e Dimensionamento do COREN.

Quanto aos pacientes atendidos na unidade em questão, os mesmos receberão todos os cuidados pertinentes até que receba alta, ou seja transferido.

A descrição pormenorizada das linhas de serviços está nos itens a seguir.

Quanto a proposta de melhoria imediata, caso o **INSV** seja o vencedor deste certame, logo após a assinatura do Contrato de Gestão e recebimento da ordem de início, daremos início ao período de transição para assunção dos serviços, observando-se as normas estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde - SES

Para a elaboração da Proposta de Trabalho do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**), objeto deste Edital de Chamamento Público, foi realizada a visita no dia **14/09/2023** que norteou as diretrizes adotadas para atender as demandas prevalentes.

De acordo com relatório do Plano de Ação Regional/PAR – Rede de Urgência e emergência (COSEMS/2021) Goiás conta com uma rede de hospitais próprios e parceiros abaixo relacionados.

Figura 4.5-4 - COSEMES/2021

HOSPITAIS HABILITADOS COMO PORTA DE ENTRADA
HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA (HUGO)
HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HMI)
HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE APARECIDA DE GOIÂNIA (HEAPA)
HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE (HETRIN)
HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE (HERSO)
HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE ANÁPOLIS (HEANA)
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR SERAFIM DE CARVALHO
HOSPITAL MUNICIPAL DE PORANGATU

CRITÉRIOS DE JULGAMENTO DA PROPOSTA DE TRABALHO

Item Atividades

Este item contempla a caracterização do modelo gerencial proposto pelo **INSV** para a operacionalização do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS - DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO)**

INFORMAÇÕES DA UNIDADE DE SAÚDE:

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

CNES: 6665322

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

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

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

5 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

Fluxos são processos de "*ponta a ponta*" que ajuda as equipes a atingirem suas metas, conectando as pessoas certas aos dados necessários no momento correto. Após configurado, um fluxo ajuda a organizar as informações de modo que, além de compreensíveis, elas também sejam reiteráveis, ou seja, nada mais são que uma sequência estruturada de processos que são realizados dentro dos departamentos. Esse sistema detalha as rotinas de trabalho, descrevendo quais são as etapas a serem percorridas e atividades que precisam ser cumpridas durante a execução dos projetos

O Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória (**INSV**) buscará primar pela qualidade de seus serviços desde a "*porta de entrada*", executando o acolhimento com o respeito preconizado nas políticas de humanização do SUS para o **HERSO**, em acordo com Normas e Protocolos pactuados na SES e recomendados pelo Ministério da Saúde. A porta de entrada dos usuários do **HERSO** para acesso aos serviços e ações de saúde será organizada mediante

o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), conforme recomenda a PNH e a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria de Consolidação GM/MS n03/2017).

Conforme a Política Nacional de Humanização, cada paciente terá o seu plano terapêutico, que deverá ser discutido em equipe, propiciando um processo participativo. O **INSV** realizará ações para que o planejamento do cuidado para os pacientes assistidos no **HERSO** se dê de forma sistematizada e integral, com vistas a potencializar a capacidade de resposta do serviço de saúde às necessidades individuais, das famílias e da comunidade.

O plano de cuidado será concebido a partir de um trabalho multidisciplinar, em equipe, na qual cada profissional de saúde desenvolverá as ações complementares, de forma a favorecer o cuidado integral em saúde. Como resultado, o **INSV** busca alcançar uma prática clínica mais integral, menos iatrogênica e de menor custo. O gerenciamento dos leitos de observação dar-se-á de acordo com o controle de vagas existentes na unidade e a necessidade de transferência dos pacientes em observação, através da atualização diária dos relatórios médicos repassadas à Central Estadual de Regulação (CER) e a Central Municipal de Regulação (CMR).

5.1 Fluxos Operacionais

O fluxo de circulação de pessoas é crítico para o perfeito gerenciamento do hospital tanto em termos administrativos e de segurança, bem como para o controle de infecção hospitalar, ou seja, compreende a circulação em áreas restritas interna se externas.

Além disso, o usuário ao acessar o Pronto Atendimento, área interna crítica, precisará ser classificado com referência ao risco do seu estado de saúde, para garantir o mais adequado atendimento, tanto em termos de rapidez quanto no de eficiência terapêutica, eficiência essa que, por diversas vezes depende também da agilidade assistencial. Daí a importância do fluxo interno.

As condições necessárias ao controle da infecção hospitalar dependem de pré-requisitos dos diferentes ambientes do hospital quanto a risco de transmissão da mesma. Abaixo demostraremos os fluxos propostos:

5.1.1 Fluxo Operacional Nas Áreas Internas Críticas

Áreas internas críticas são aquelas onde há maior reunião de pacientes graves (baixa resistência) e/ou maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior possibilidade de infecções.

Essas áreas são restritas aos funcionários que nelas desempenham suas atividades diárias e a pacientes sob tratamento. Ex: Centro Cirúrgico

Figura 5.1-1 - Acesso de paciente a áreas restritas

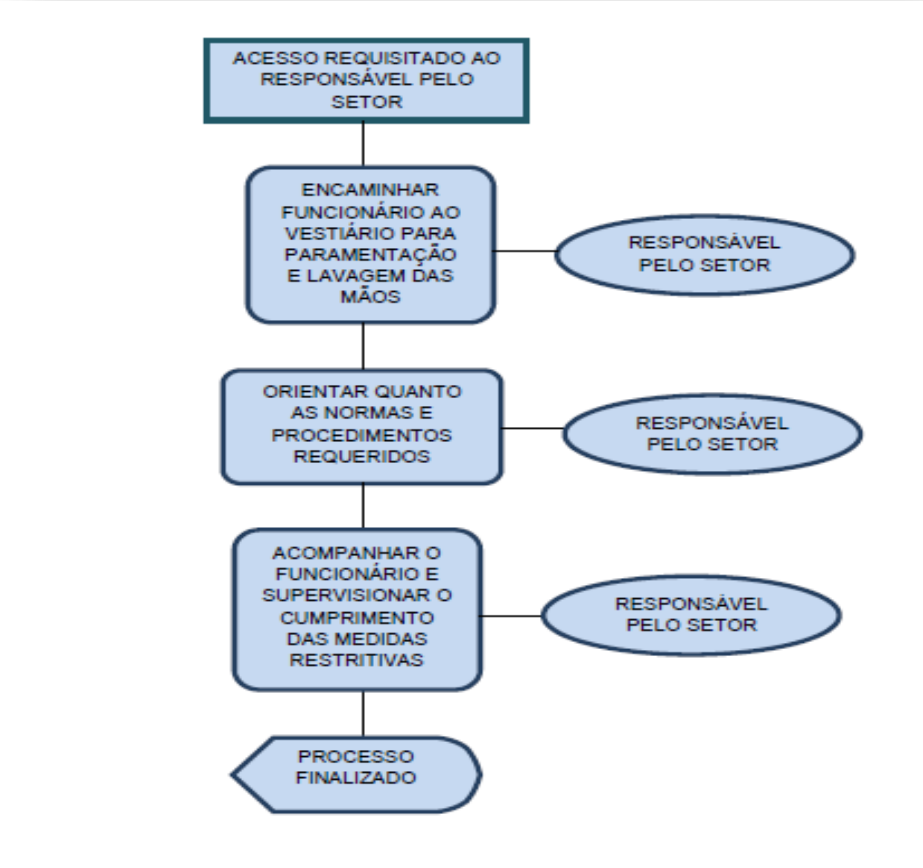
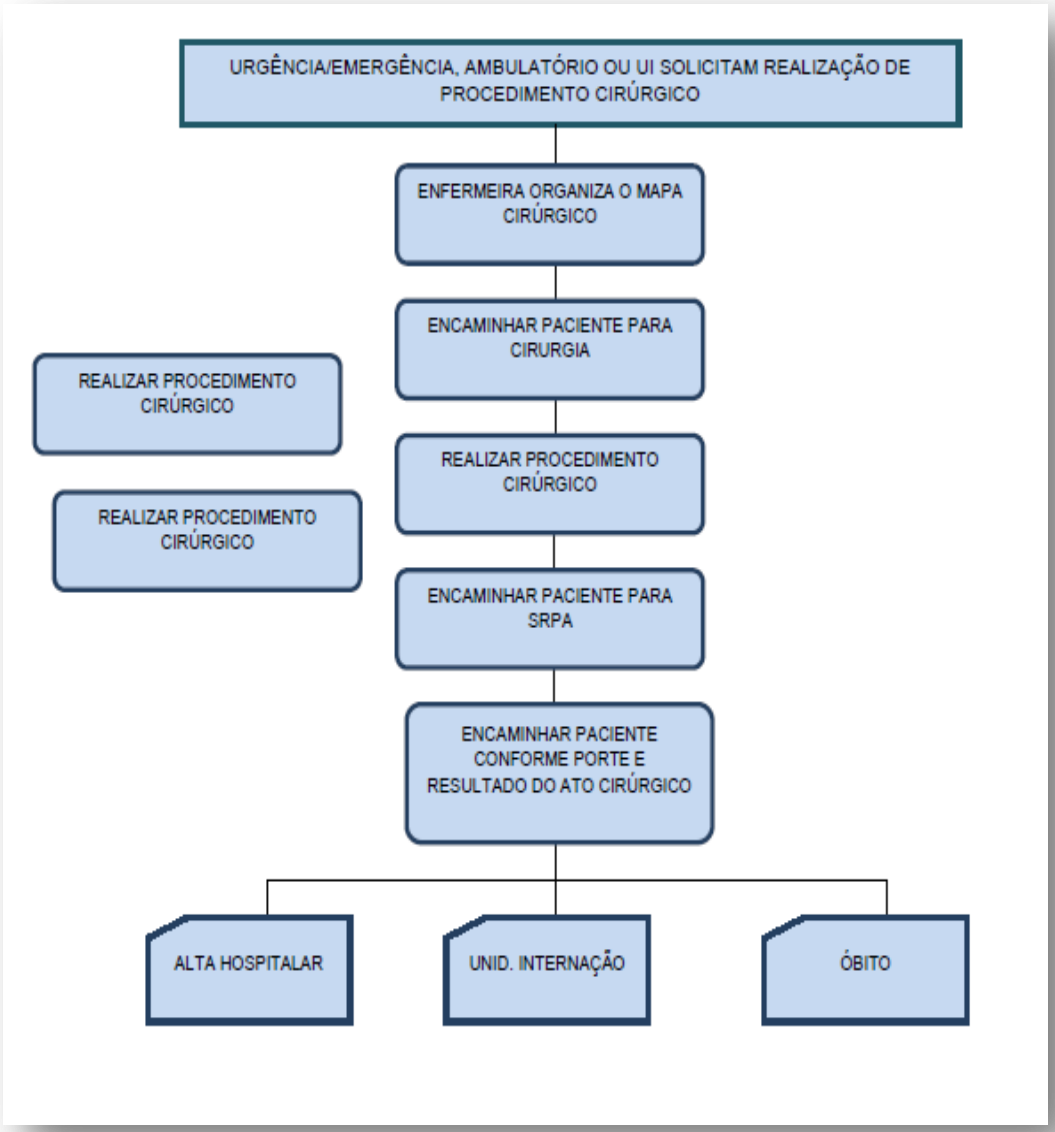


Figura 5.1-2 - Centro Cirúrgico



5.1.2 Fluxo Operacional Nas Áreas Internas Semi Críticas:

São aquelas onde os pacientes se encontram internados, mas com risco de transmissão de infecção, embora o risco seja menor do que nas áreas críticas. Ex: Pronto Socorro.

Figura 5.1-3 - Fluxo Pronto Atendimento na Urgência/Emergência

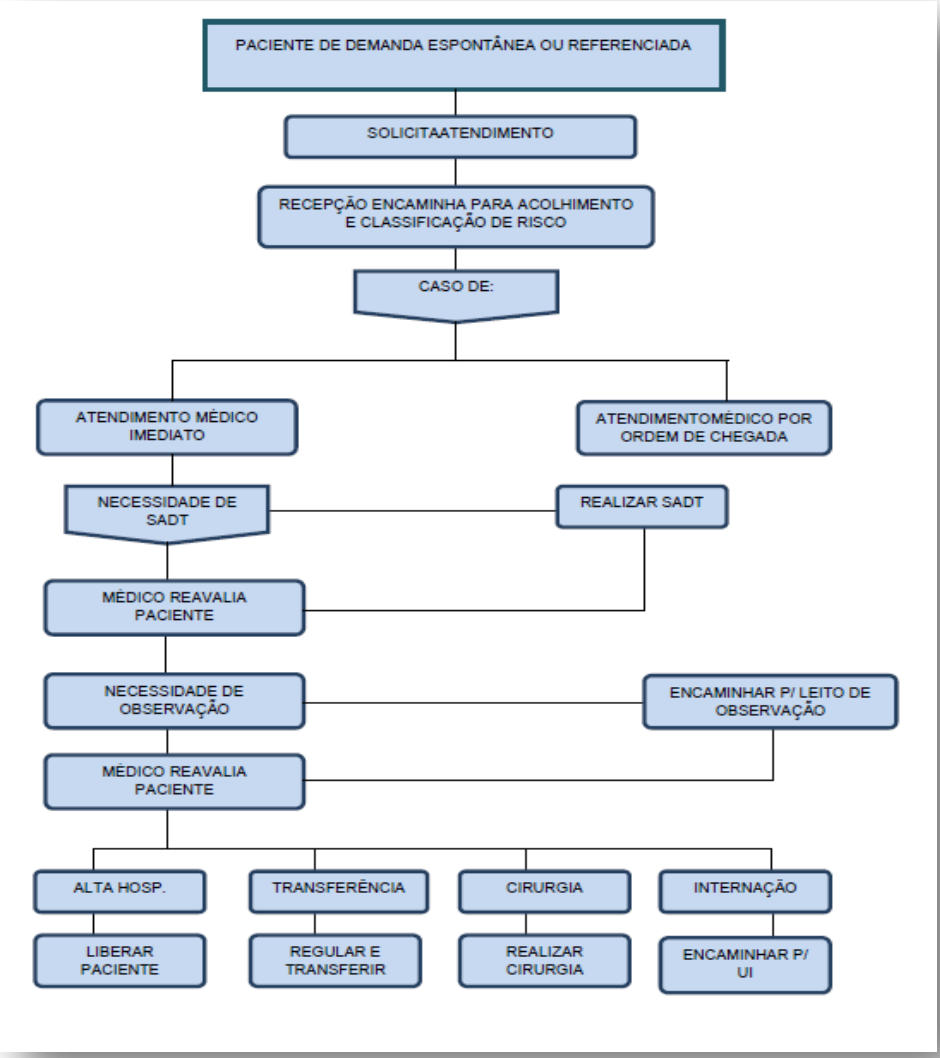
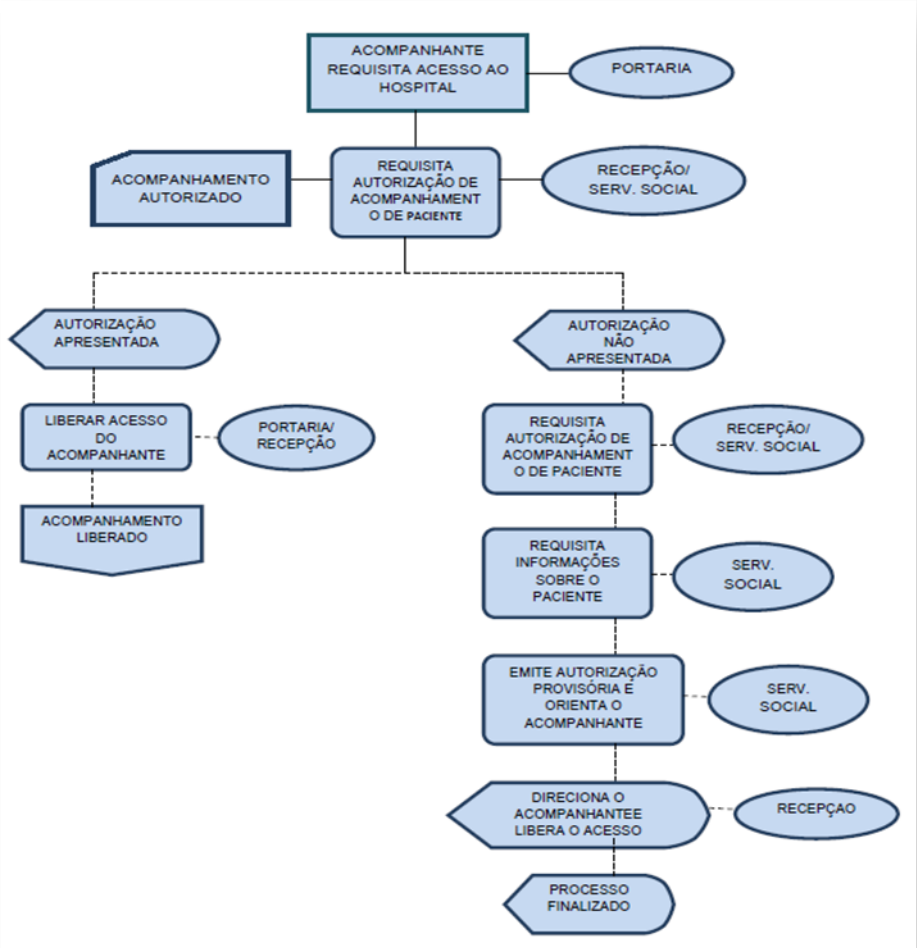


Figura 5.1-4 - Processo: Acesso para Acompanhantes



5.1.3 Fluxo Operacional nas Áreas Internas Não Críticas:

As áreas hospitalares onde não há risco de transmissão de infecção, em princípio são todas as demais não listadas anteriormente. Ex: Setores Administrativos em geral

Figura 5.1-5 - Fluxo Acesso para Prestadores de Serviços

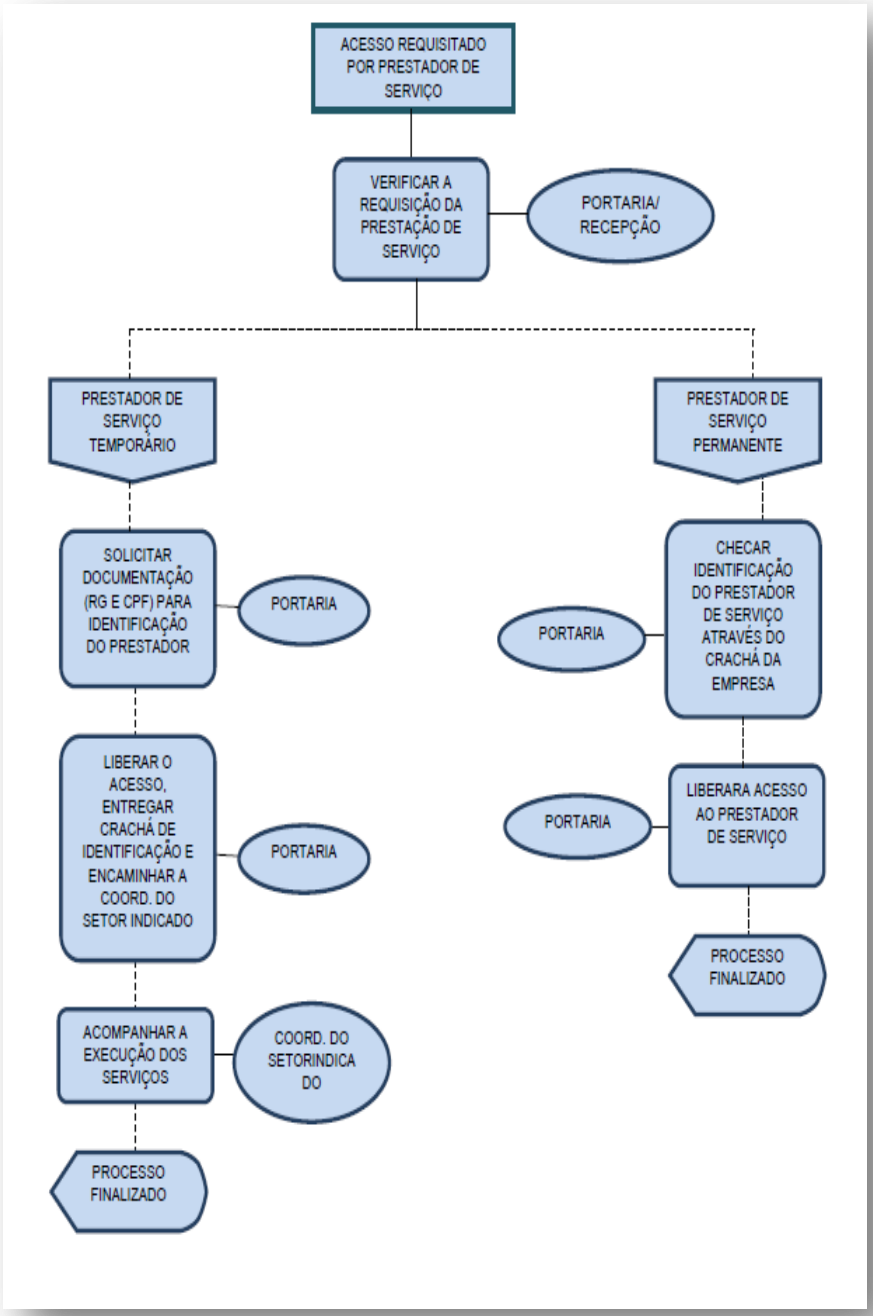
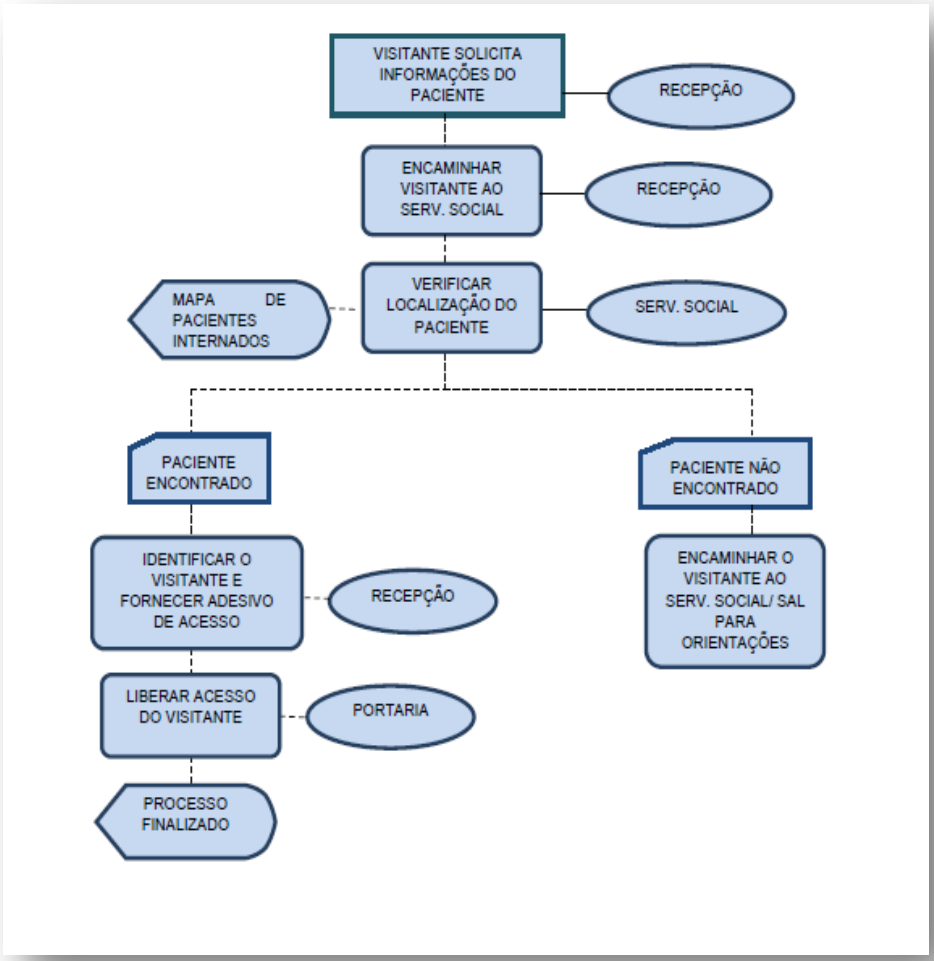


Figura 5.1-6 - Acesso para Visitantes sobre pacientes internados



5.1.4 Fluxo Operacional nas Áreas Externas

O fluxo de pessoas nas áreas externas do hospital será monitorado e orientado pelo pessoal de portaria e vigilância, com acesso via rádio e/ou telefone para a polícia local, em caso de necessidade EX: Acesso de Veículos Oficiais

Figura 5.1-7 - Fluxo Acesso de Veículos Oficiais

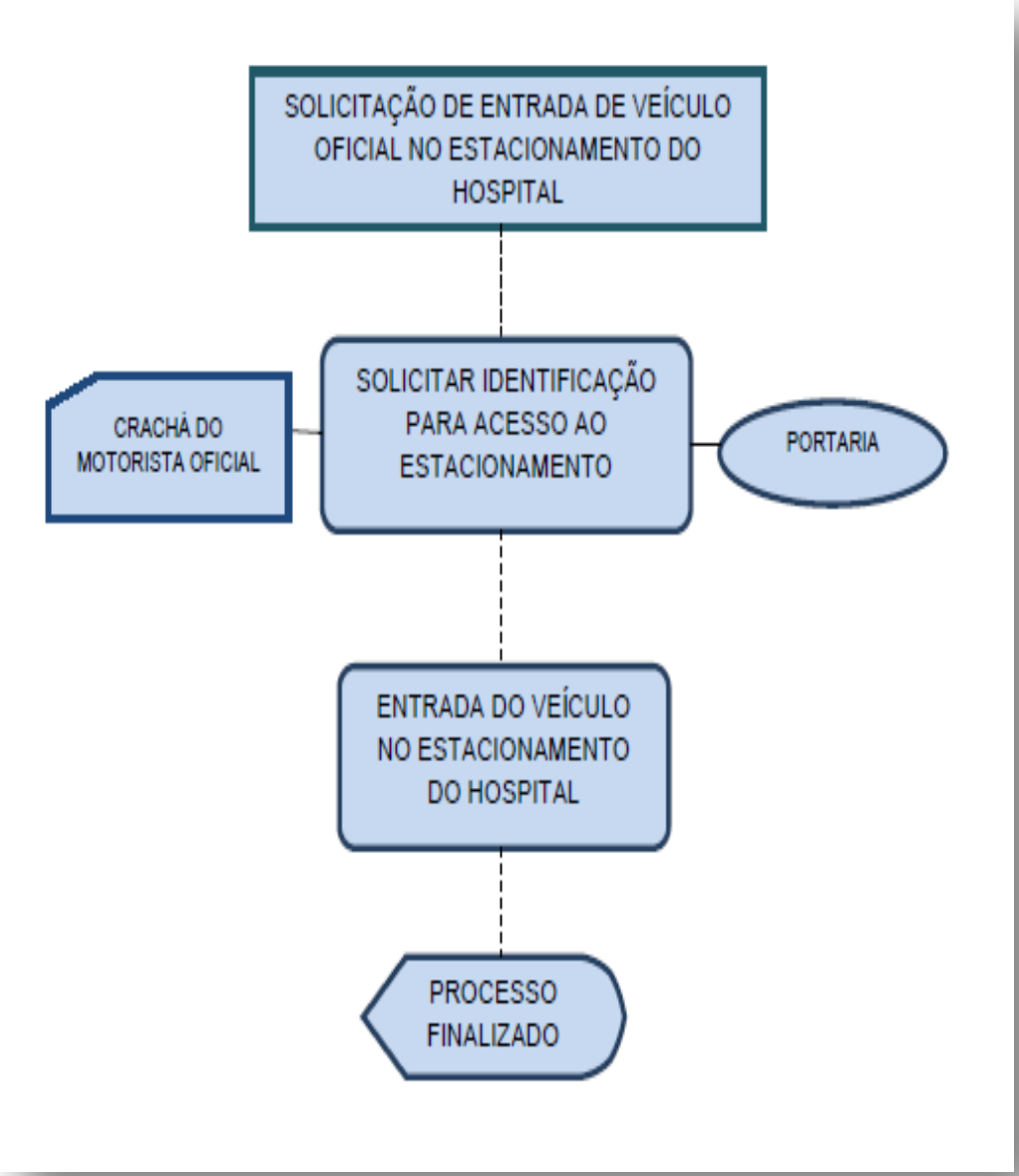
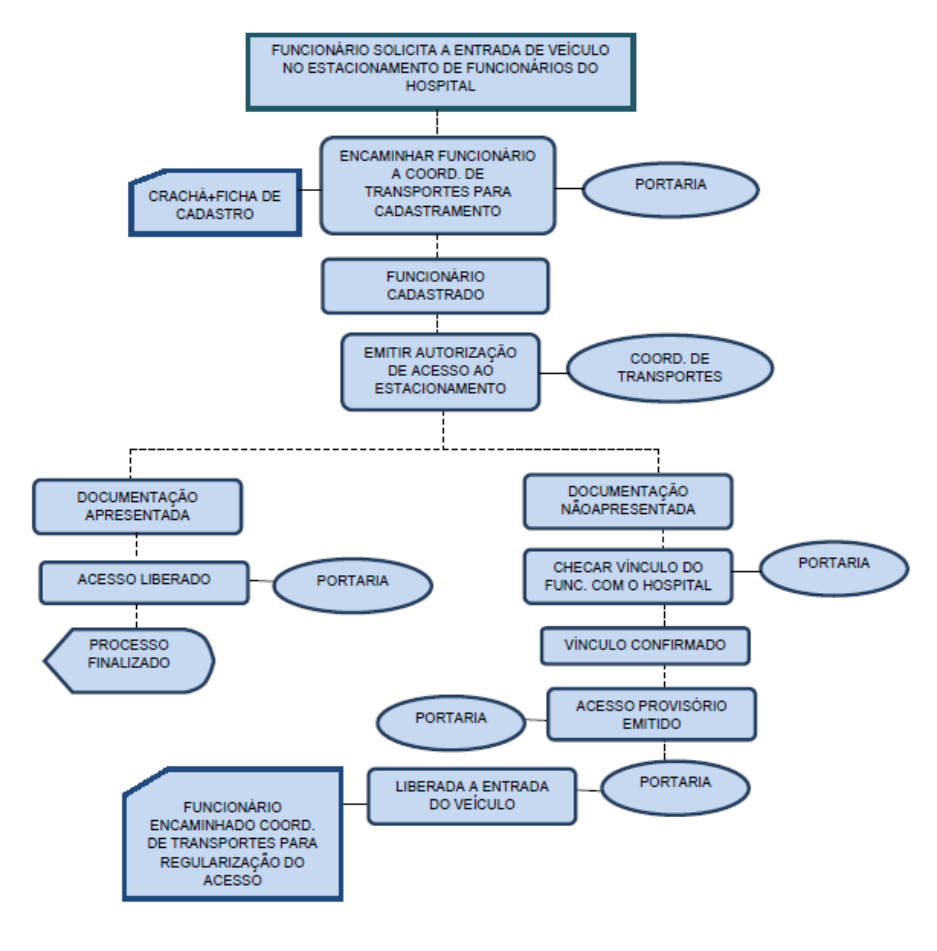


Figura 5.1-8 - Fluxo Acesso ao Estacionamento de Funcionário



5.1.5 Fluxo de Entrada do Paciente:

Da Entrada do Paciente:

a. O paciente chega ao **HERSO** e dirige-se à recepção;

b. O Auxiliar Administrativo da recepção preenche o cadastro dos dados do paciente no sistema, imprime o documento, entrega ao paciente/acompanhante e solicita que o paciente se dirija ao Acolhimento;

Nota: Os pacientes com dificuldade e locomoção serão encaminhados ao consultório de Enfermagem enquanto o acompanhante providencia o cadastro do mesmo.

c. O enfermeiro preenche o Histórico de Enfermagem e o Diagnóstico de Enfermagem (Classificação de Risco);

Situação/Queixa/ Duração (QPD);

- Breve histórico (relatado pelo paciente, familiar, testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;

Exame físico sumário:

Sinais objetivos;

- Verificação da glicemia e eletrocardiograma (se necessário).
- Classificação de risco do paciente conforme o protocolo de Manchester:
  - VERMELHO: prioridade zero – emergência - necessita de atendimento imediato.
  - AMARELO: prioridade 1 – urgência - atendimento em no máximo 15 minutos.
  - VERDE: prioridade 2 - prioridade não urgente - atendimento em até 30 minutos.
  - AZUL: prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada. A espera pode ser de até 3 horas.

Figura 5.1-9 - Classificação de Risco

Nota: O paciente com atendimento pré-hospitalar fixo ou móvel (SAMU, outras Instituições de Saúde etc.), poderá ser encaminhado, conforme avaliação médica/paramédica, sem a necessidade de passar pelo Acolhimento

d. O enfermeiro encaminha os pacientes de acordo com o grau de urgência de conduta terapêutica: Área Vermelha, Área Azul (pacientes de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria, Neurologia, Cardiologia etc.);

e. O médico registra o histórico da doença;

f. O médico registra a hipótese diagnóstica;

g. O médico solicita exames quando necessário;

h. O médico estabelece a conduta médica;

i. O enfermeiro evolui o paciente, cronograma as medicações e presta cuidados de enfermagem;

j. O médico reavalia o paciente e, se for o caso, concede alta.

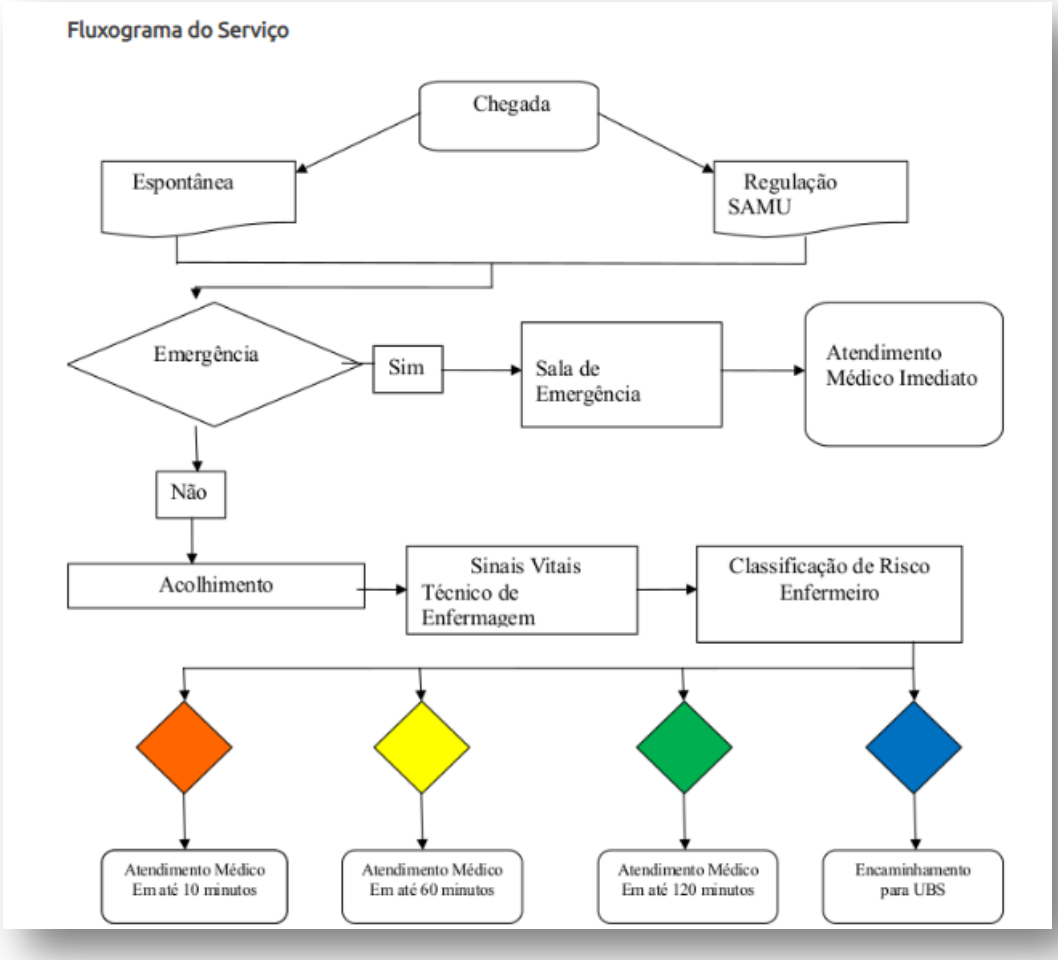
Nota: Os pacientes estabilizados na área vermelha necessitam de suporte intensivo médico e de enfermagem e, portanto, serão encaminhados para a Área Amarela até a transferência para a UTI ou Centro Cirúrgico.

Nota: os pacientes que já foram acolhidos na área azul, e necessitam de observação por um período superior a 12 horas são encaminhados para a Área Verde.

Encaminhamentos Possíveis do Paciente:

- Liberação com prescrição e orientação.
- Observação: até 24 horas unidade de emergência/urgência.
- Internação.

A política e a estrutura de Acolhimento do usuário serão detalhadas mais adiante



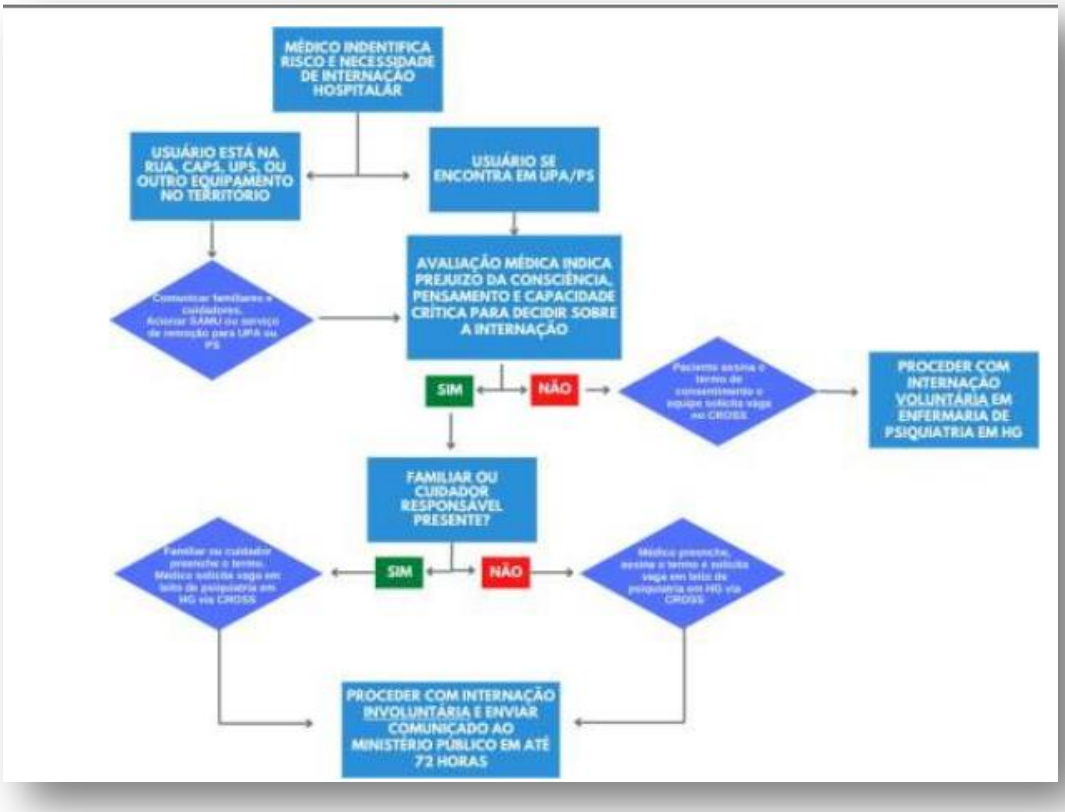
5.1.6 Fluxo da Internação

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

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

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

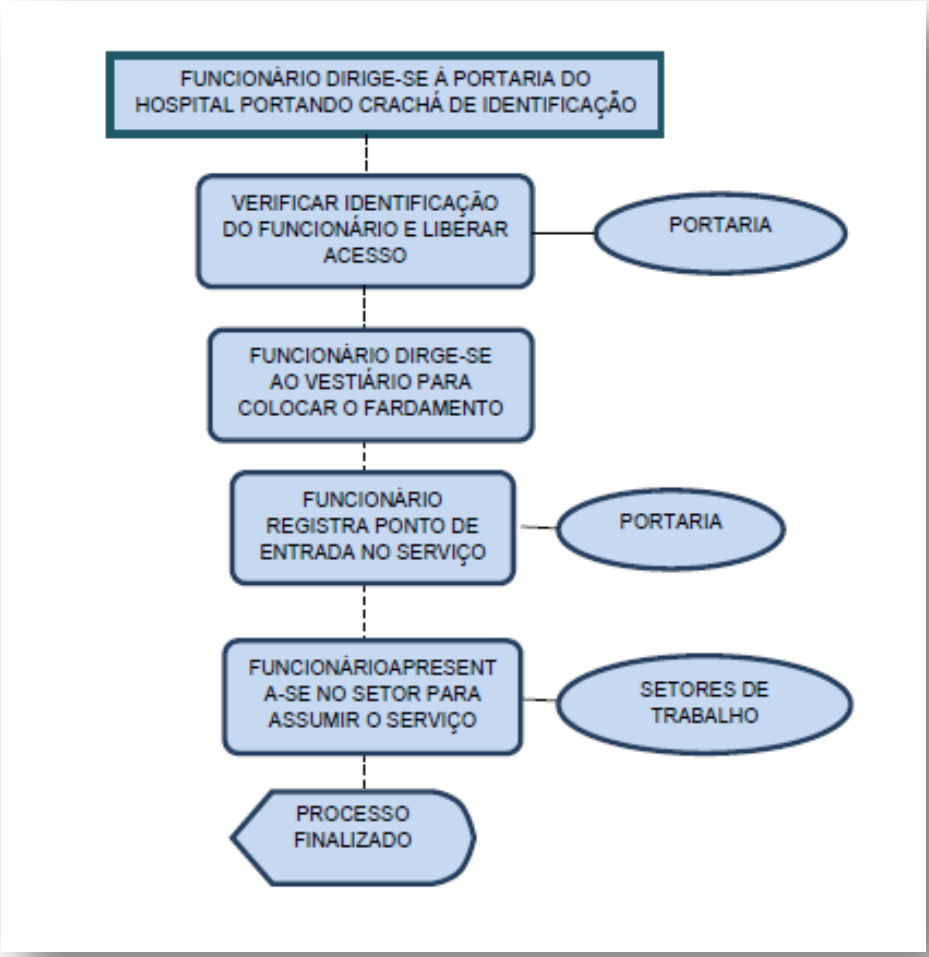
Figura 5.1-10 - Fluxo de internação



5.1.7 Fluxos de Pessoas e Materiais

Visando disciplinar o fluxo de profissionais, fornecedores, visitantes e alunos nas dependências, as normas e os procedimentos administrativos aqui explanados aplicar-se-ão a todos os departamentos estruturais pertencentes à Administração, devendo estes seremos responsáveis pela sua aplicabilidade. Ex fluxo de funcionários

Figura 5.1-11 - Fluxo de funcionários



5.1.8 Fluxo de Carga/Descarga, prestadores de serviços, fornecedores e veículos oficiais:

Será realizada, exclusivamente, entrada localizada nos fundos da Unidade, sendo proibido o trânsito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais, quando as mesmas poderão ser utilizadas como rota de fuga / saída de emergência. O local contará com vigilância armada 24h com intuito de controlar os acessos e manter a segurança.

Visando a preservação patrimonial e manutenção da segurança interna, todas as pessoas e profissionais que tiverem acesso às dependências deverão portar crachás específicos bem como, terem sua entrada e saída registrados em sistema informatizado de cadastro, com informações pessoais e registro fotográfico com emissão de etiqueta com código de barras e / ou controle eletrônico, conforme o caso.

Serão reconhecidos como crachás – adesivos ou etiquetas autocolantes:

- **Acompanhante** - destinados acompanhantes de pacientes que farão uso dos serviços prestados na Unidade;
- **Fornecedores** - destinados a fornecedores que necessitam ter acesso às dependências da Unidade, em horários e locais de acesso previamente determinados e autorizados;
- **Funcionário** - Crachá funcional/nominal destinado a profissionais no exercício de suas funções;
- **Acesso Administrativo** - destinado a profissionais no exercício de suas funções fora de seu local original de trabalho ou visitas administrativas, que necessitem adentrar a Unidade por quaisquer motivos, desde que previamente autorizados e identificados na recepção principal;
- **Prestador de Serviço** - destinado a profissionais terceirizados e que prestem serviços, necessitando de acessos instalações, desde que autorizados e identificados na portaria principal;

A entrega de crachá e ou adesivos/etiquetas autocolantes, só se dará mediante a apresentação pelo interessado de documento de identidade, de onde serão extras idosos dados pessoais do mesmo. Os mesmos deverão ser usados aparte superior do corpo, acima da cintura, em local de fácil visualização.

As visitas administrativas também deverão ser identificadas junto ao setor destino e terá entrada registrada em livro próprio, ata ou controle eletrônico. Nos casos em que a visita administrativa não estiver portando o crachá ou outro documento que identifique, a Recepção Principal deverá verificar junto a Direção e só então liberar o acesso deste às dependências, conforme o caso.

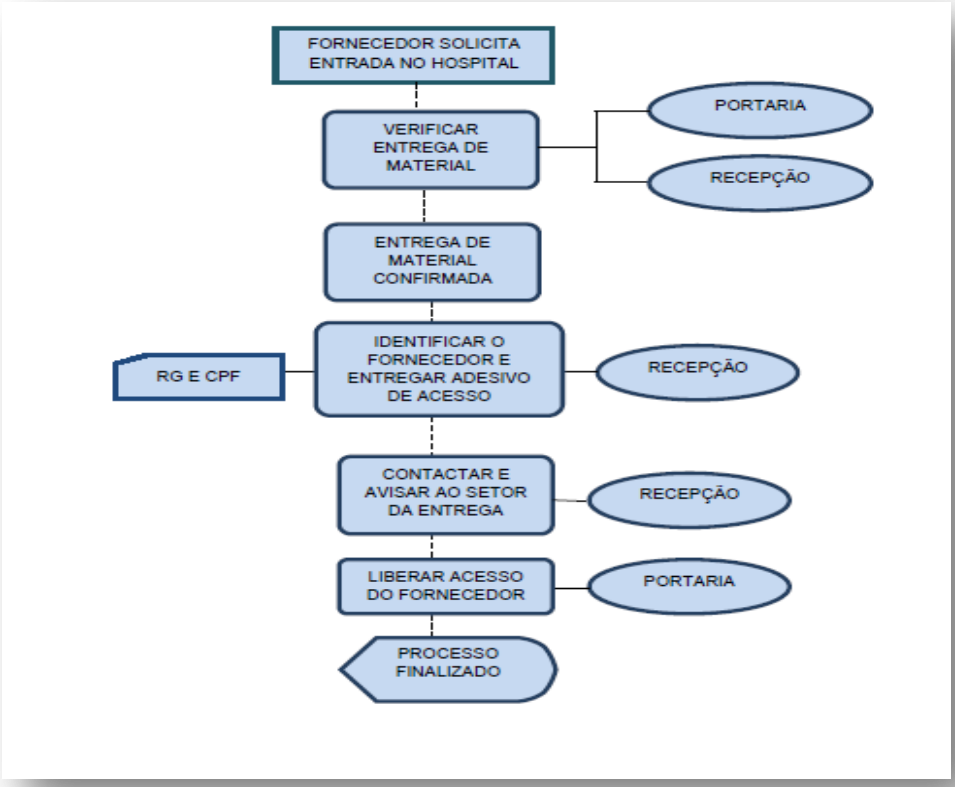
Os funcionários das empresas terceirizadas, como os de limpeza, manutenção e de vigilância, no exercício de suas funções dentro das instalações da Unidade também deverão possuir e fazer o uso de crachá de identificação próprio da empresa contratada.

O controle de circulação de pessoas, fora dos horários normais de expediente ficará a cargo da empresa responsável pela vigilância e será feito mediante anotações sem livro próprio, registrando-se o destino e o horário do ingresso e da saída. O acesso somente será permitido com a respectiva identificação e autorização do responsável pela Unidade ou direção receptora.

Fica ainda proibido o acesso de vendedores, promocionistas, agenciadores e pedintes de qualquer espécie. Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição, de acordo com o inciso XVIII, Art. 17, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1.990.

Fica proibido o ingresso e a utilização de cigarro, tabaco ou quaisquer outras substâncias ilícitas dentro das instalações, sendo vedada a entrada de visitantes ou prestadores de serviços autorizados Ex: fluxo de fornecedor

Figura 5.1-12 - Fluxo de fornecedor



5.1.9 Fluxo para Registro do SAME

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

a) **Informática**: através do *Sistema de Gerenciamento Hospitalar* que proverá informações sobre os registros nos prontuários eletrônicos dos usuários de nossos serviços;

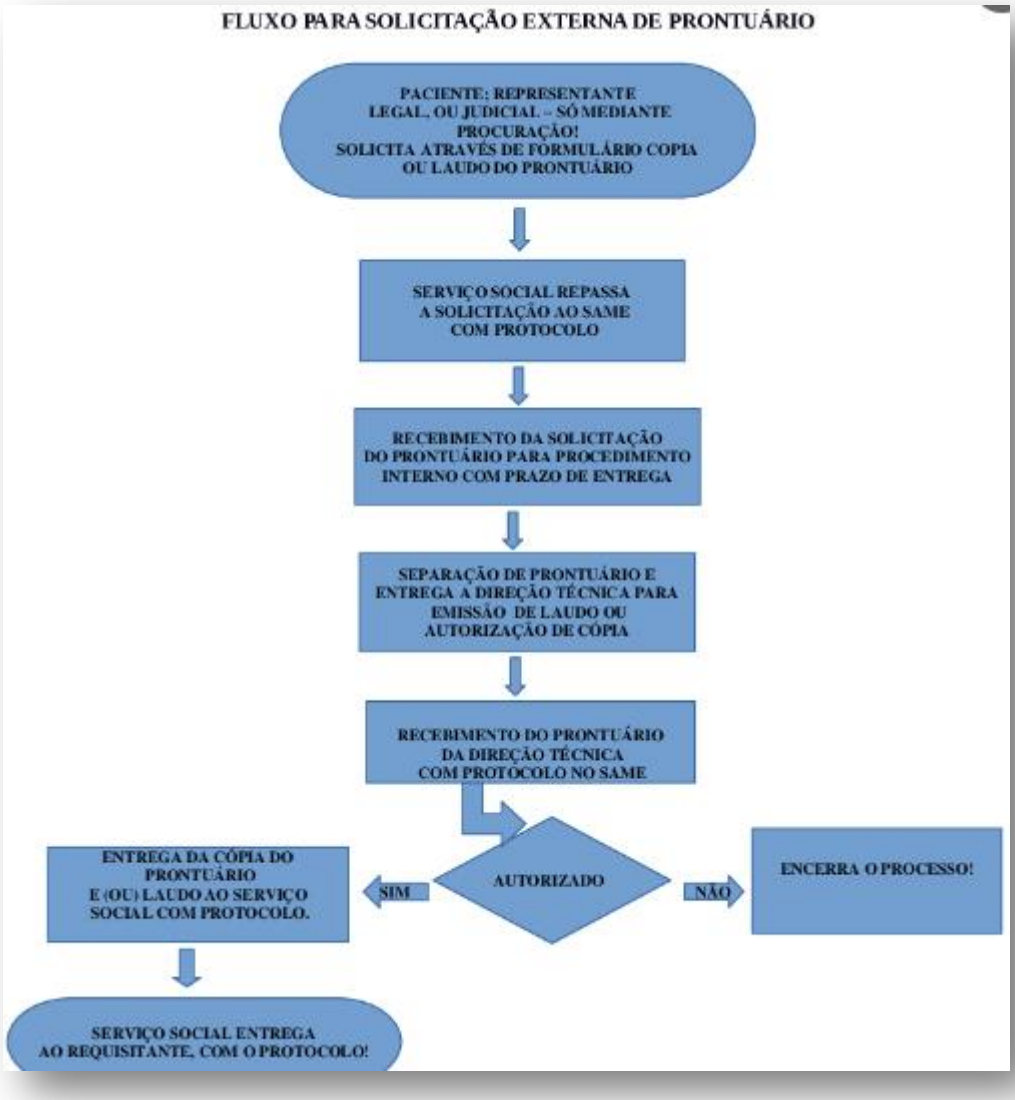
b) **Serviço Social**: Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;

c) **Enfermarias**: informações sobre a movimentação de pacientes, Censo Hospitalar Diário com fechamento às 24h;

d) **Ambulatórios**: relatórios de atendimentos e procedimentos;

e) **Prontuário Físico:** através das anotações nos Prontuários, visando complementar/esclarecer eventuais omissões do prontuário eletrônico, como (Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições, Relatórios de Altas e Declarações de Óbito etc);

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



5.1.9.1.1 Fluxo de Registro de Documentos

- **Documentos de Origem Externa:**

Será utilizado Registro no setor de Protocolo Geral. O setor de PROTOCOLO GERAL será o setor responsável pelo registro de todos os documentos externos que chegarem ao **HERSO** que encaminhará ao setor ou destinatário informado no documento.

A entrega do documento será devidamente registrada através de protocolo no REGISTRO DE PROTOCOLO DE DOCUMENTOS EXTERNOS constando os seguintes dados:

- Data Recebimento;

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

Documentos de Origem Interna:

Os documentos de origem interna devem ser entregues ao setor/destinatário com o devido registro no Registro de Protocolo de Documentos Internos. Os dados que devem constar neste protocolo devem ser os mesmos do Registro de Protocolo de Documentos Externos retro.

> **Nota**: Quanto aos documentos que se referem ao paciente, o Código de Ética Médica prevê o sigilo das informações e documentos pertinentes ao paciente,
>
> Com referência aos procedimentos realizados enquanto usuários das Instituições de Saúde.

Estes documentos confidenciais retro mencionados serão mantidos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas, somente para pessoal autorizado, durante a estadia do paciente na instituição

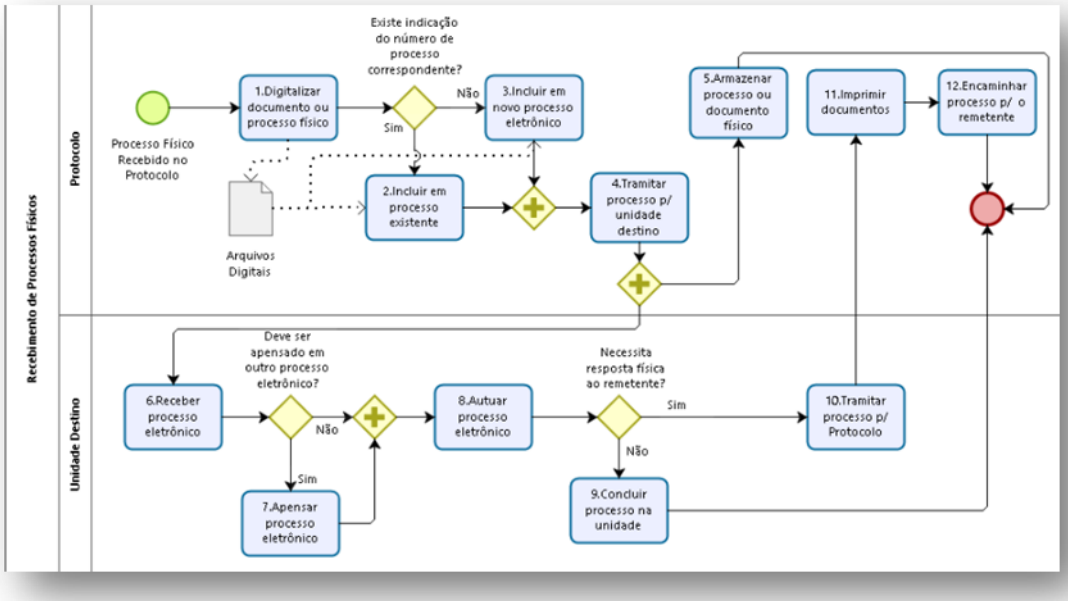
Registros e Documentos de Usuários e Administrativos

As informações para o funcionamento dos processos do SAME são providas por diversos setores do hospital, entre eles:

a) Núcleo de Informática: mantendo e adaptando o SISTEMA PACIENTE de informações sobre os usuários de nossos serviços;
b) Serviço Social: realização da Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;
c) Enfermarias: informações constantes sobre a movimentação de pacientes, Censo Hospitalar Diário com fechamento à 0h;
d) Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;

e) Profissionais de saúde: através das anotações nos Prontuários, sempre buscando a clareza e completude de informações principalmente em: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições, Relatórios de Altas e Declarações de Óbito.

f) Serviços especializados (Diagnóstico por Imagem, Laboratório, Farmácia, Nutrição etc. através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

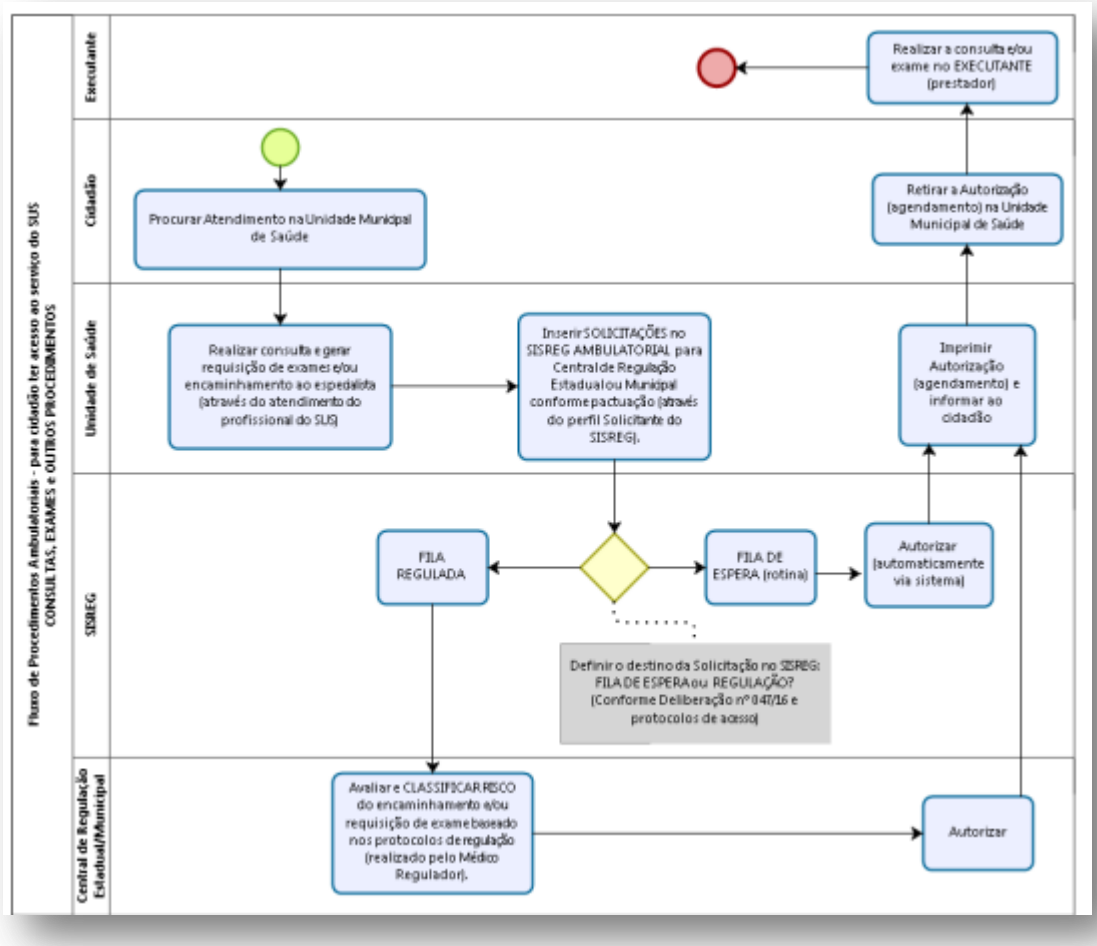


Ambulatórios

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

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

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



Internação

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

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

Os profissionais da equipe de saúde que necessitar em consultar algum prontuário deverão preencher uma ficha de solicitação de prontuário. A consulta deve ser feita no próprio hospital e fica proibida a circulação do prontuário do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO).** No caso do atendimento do usuário nos

serviços ambulatoriais sem o prontuário, existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

Composição e preenchimento do prontuário:

- Ficha de Internação: É preenchida de acordo com as informações colhidas com o paciente e/ou acompanhante. Deverá ser apresentado documento de identificação do paciente e Cartão de Matrícula e Frequência do mesmo.
- Anamnese Médica A mesma pode ser feita na Folha de Evolução Médica ou em impressões específico com dados do exame físico completo, sinais vitais, sinais e sintomas da enfermidade atual, história pregressa do paciente, antecedentes familiares, hipótese diagnóstica e outras informações que o médico julgar necessárias.
- Folha de Evolução Médica: A mesma deverá ser, no mínimo, diária e legível. Deve apresentar o estado atual do paciente (evolução ou involução), relatório de procedimentos cirúrgicos e outros.
- Prescrição Médica: Deve ser no mínimo, diária. Os itens devem ser escritos diariamente, indicando:
    - Nome do medicamento;
    - Apresentação;
    - Dosagem;
    - Via de administração;
    - Posologia.
    - A prescrição médica deve conter o nome do paciente, nº de registro, data e assinatura do médico que a realizou.
    - A enfermeira, responsável pela unidade de internação, deverá fazer no impresso de prescrição médica o aprazamento (horários da medicação), diariamente.
- Diagnóstico Médico: Durante o tempo em que o paciente permanecer internado, o médico deverá definir o seu diagnóstico (diagnóstico definitivo) e registrá-lo no prontuário.
- Histórico de Enfermagem: É o processo de coleta de dados que subsidia a análise do estado de saúde de um paciente. A coleta de dados de enfermagem é a avaliação de sinais e sintomas físicos do paciente, da história médica, social e cultural e de fatores

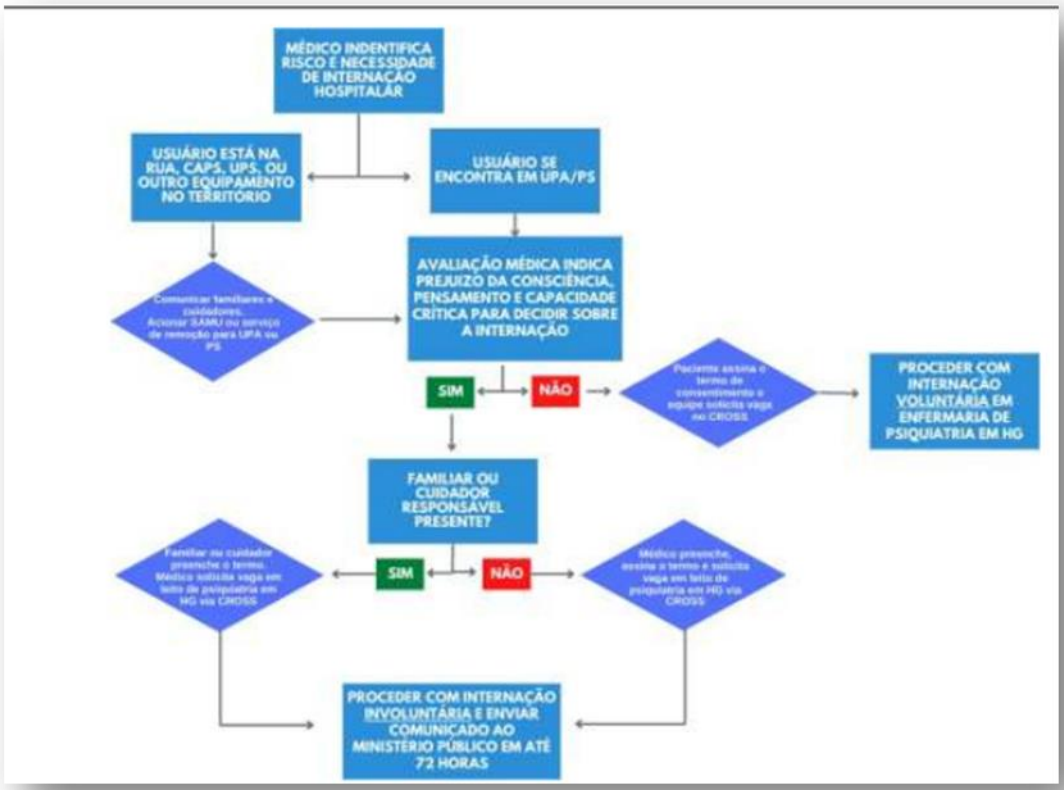
físicos e psicológicos do ambiente. O enfermeiro deverá preencher este impresso na admissão do paciente na unidade.

- Diagnóstico de Enfermagem: É um julgamento das reações de um indivíduo, família ou comunidade à problemas reais ou potenciais de saúde ou processo da vida. A formulação do diagnóstico de enfermagem é baseada na identificação das necessidades do paciente, uma vez que os dados contidos no histórico começam a revelar os problemas de enfermagem.
- Prescrição de Enfermagem: A prescrição de enfermagem é a etapa do processo de enfermagem em que o profissional decide de que forma serão implementadas as condutas, fundamentadas a partir do(s) diagnóstico(s) previamente definidos, com o objetivo de estabelecer uma assistência individualizada e de qualidade, bem como consiste na implementação do plano assistencial.
- Evolução de Enfermagem: É o registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. A fonte primária de dados para compor uma evolução de enfermagem é o paciente, todavia, a enfermeira também deve entrevistar os familiares, pois o registro e relato no processo de admissão são de fundamental importância para elaborar o registro.
- Relatório de Alta: O mesmo é preenchido no momento da alta do paciente. Deverá conter: a identificação do paciente, nº de registro, data de admissão e alta, história da admissão, diagnóstico definitivo, resultados dos exames laboratoriais e outros, condições de alta, data e assinatura do médico responsável.

Observações:

- **Casos cirúrgicos:** além dos impressos normais, o prontuário deverá conter: ficha operatória, débito do centro cirúrgico e ficha de anestesia.
- **Exames complementares:** todos os resultados dos exames solicitados deverão estar anexados ao prontuário.
- **Registro Clínico Social**: este deverá ser feito antes da admissão do paciente, onde são coletadas informações do paciente e do responsável pelo mesmo e em especial número da identidade e residência com ponto de referência.

Figura 5.1-13 - Fluxo de internação



5.1.10 Fluxo de Manutenção Preventiva e Corretiva de Equipamentos para a Unidade de Saúde

Segundo a organização mundial da saúde, o hospital é uma instituição de cuidado a saúde que fornece ao paciente tratamentos com mão de obra especializada de uma equipe de multiprofissionais e equipamento médico (World Health Organization, 2018). O modelo mais comum de hospital é o hospital geral, que normalmente tem um departamento de emergência para tratar problemas de saúde urgentes que variam de acidentes até ataque cardíaco. A história do hospital tem se alongado por mais de 2500 anos. As primeiras instituições destinadas a proporcionar cura para enfermidades foram os templos do Egito antigo. O hospital no estilo moderno teve suas primeiras aparições no período do Iluminismo, pois servia apenas para as necessidades médicas e contava apenas com mão de obra de médico, enfermeiros e cirurgiões treinados (Risse, 1999).

Segundo o ministério da saúde, os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde, onde a efetiva

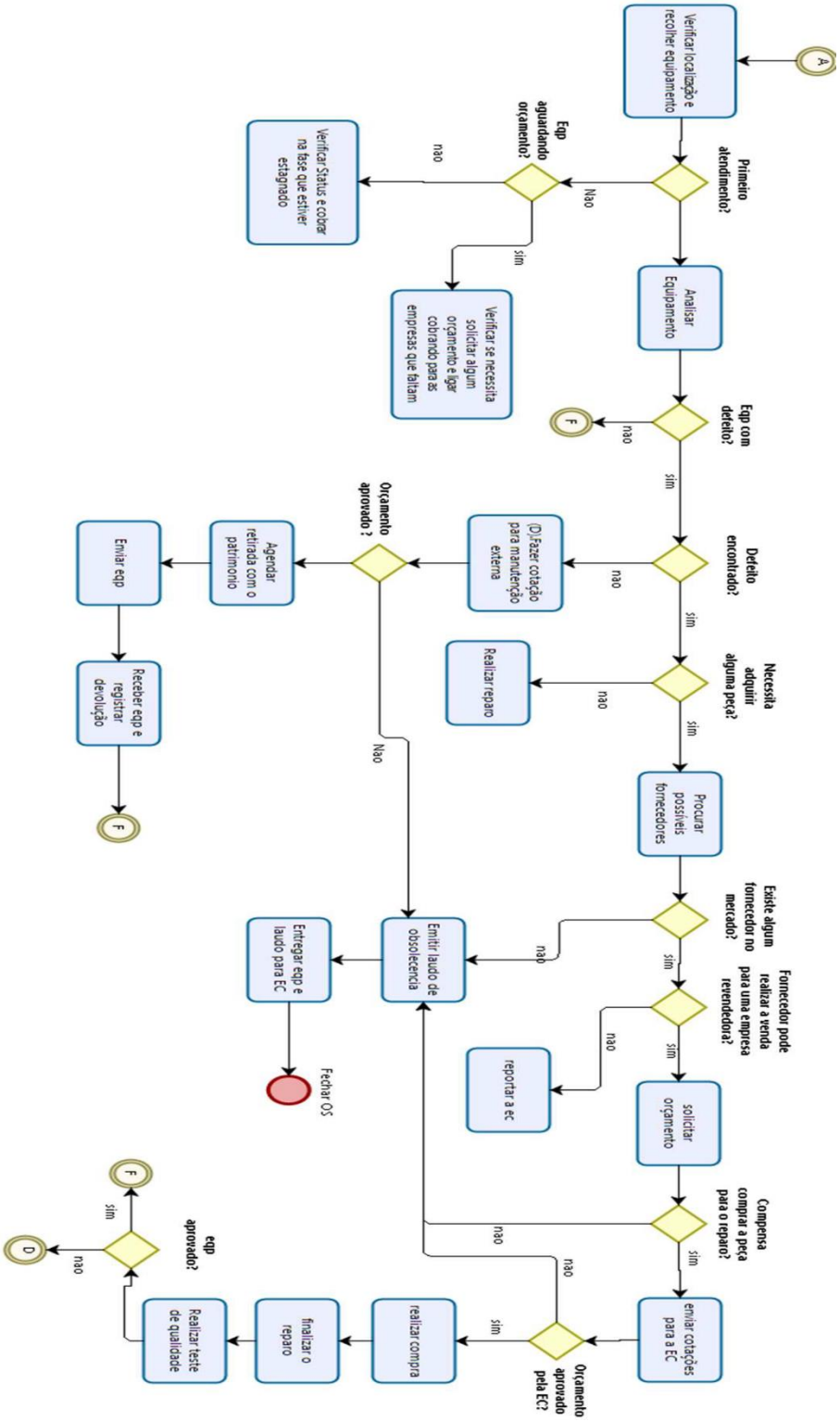
prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Educação, 2018). O SUS, composto pelos poderes federais, estaduais e municipais, é um sistema criado para proporcionar acesso a saúde ao público. O sistema fornece da atenção básica até serviços de alta complexidade, suprindo qualquer necessidade da população.

Atualmente, hospital que tem estabelecidos departamentos clínicos centralizados para satisfazer essas responsabilidades usam os engenheiros clínicos para fornecer a administração uma opinião objetiva sobre a função do equipamento, compra, aplicação, análise geral do sistema e políticas de manutenção preventiva

Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (1994), manutenção é a combinação de todas as ações técnicas e administrativas destinadas a manter ou recolocar um item em um estado no qual possa desempenhar uma função requerida. A manutenção pode ser dividida em alguns tipos, como por exemplo: manutenção corretiva, manutenção preditiva, manutenção planejada e manutenção detectiva. Ela é designada para preservar e restaurar a confiabilidade pela troca dos componentes desgastados antes deles realmente falharem. Atividades de manutenção incluem revisões completas ou parciais em períodos específicos, troca de óleo, lubrificação, pequenos ajustamentos e assim por diante (ISHAK & ALIAS, 2005). O programa de manutenção ideal deveria prevenir todos reparos desnecessários caros.

Para atender as normatizações vigentes o INSV afirma que o setor de engenharia clínica será mantido e implementado com fiscalização permanente de suas atribuições com base em metas e indicadores de qualidade bem definidos e monitorados permanentemente.

Abaixo o fluxo de manutenção preventiva e corretiva proposto:



5.2 Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados e Roupas

5.2.1 Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados

Unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde dos serviços de saúde. Com objetivo de garantir o fornecimento de materiais livres de contaminação nos diversos setores e procedimentos. Promover a segurança do cliente durante o procedimento; atuar para a qualidade da assistência prestada ao cliente, comum trabalho em equipe. CME: Realiza processamento de produtos de conformação não complexa.

Tabela 5.2.1-1

Recepção do Material Sujo
Pré-limpeza e Limpeza
Inspeção
Desinfecção
Preparo - Embalagem
Esterilização
Teste de controle de esterilização
Armazenamento e Distribuição
Controle de validade

Materiais a serem processados: Deve ocorrer sempre na Área Suja

Transporte interno:

- Carrinho próprio.
- Realizar conferência e registro de todos os produtos recebidos para processamento.

Campo Limpo:

- Receber na área limpa.
- Não é permitida circulação de campo limpo na área suja.

Limpeza de artigos:

Pré Limpeza: Remoção da Sujidade Visível nos Produtos.

Limpeza:

- Remoção da sujidade orgânicas, redução de carga microbiana presente nos produtos, por meio de ação mecânica em superfícies internas (Lúmens) e externas.
- Todos os produtos deverão ser submetidos a limpeza na unidade de saúde

Pré-Lavagem de Instrumentais

- Higienização das mãos;
- **EPI:** Gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, aventa impermeável, luvas de borracha e calçados fechado;
- Imergir o instrumento em recipiente contendo solução com detergente enzimático, preparada conforme a orientação do fabricante, logo após sua utilização;
- Injetar essa solução dentro do lúmen do instrumento com seringa de20ml,
- Deixar os instrumentais totalmente imersos na solução pelo tempo recomendado pelo fabricante;
- Após enxaguar em abundância removendo todos os resíduos do detergente enzimático.

Proceder procedimento de limpeza mecânica ou manual:

- Higienizar as mãos.
- Detergente enzimático**:**

- Diluição: de acordo com o fabricante
- Mergulhe os materiais na solução, imediatamente após uso, deixando 5 minutos.
- Enxague em abundância;
- Execute o processo de limpeza, enxague, secagem, inspeção visual, acondicionamento, desinfecção ou esterilização;
- Substitua a solução a cada 24 horas, ou antes se estiver saturada;
- Previsão de 15 litro/mês para o **HERSO**
- Hipoclorito de Sódio1%.

Diluição: de acordo com o fabricante:

- Mergulhe os materiais na solução, deixando por 10minutos;
- Enxague em abundância;
- Execute o processo de limpeza, enxague, secagem, inspeção visual, acondicionamento, desinfecção ou esterilização,
- Substitua a solução a cada 24 horas, ou antes se estiver saturada. Previsão de 25litro/mês para do **HERSO**.

Limpeza: Importante

Tabela 5.2.1-2 - Método de Limpeza

Desmontar
Abrir
Imergir Totalmente
Limpar
ENXAGUAR (3 Vezes)

Secar
Inspecionar

Limpeza mecânica ou manual, secagem e inspeção visual de instrumentais:

- Higienizar as mãos;
- Vestir EPIs conforme indicação;
- Solução de detergente padronizado, conforme indicação do fabricante;
- Friccionar a superfície externa e interna, se houver, de cada instrumental, com uma esponja macia no mínimo 5 vezes, do sentido proximal para o distal. Repetir esse procedimento até a eliminação da sujidade visível, certificando-se de que todas as reentrâncias foram lavadas;
- Enxague a superfície externa do instrumental com água potável corrente;
- Enxagueasuperfícieinternadoslúmensinjetandoáguapotávelsobpressão, com seringa de 20ml, pelomenos5vezes;
- Certificar que o enxague retirou todos os resíduos da solução detergente, observar se ainda há presença de sujidade, caso afirmativo o material deverá iniciar o processo de pré limpeza novamente;
- Retirar as luvas, lavar as mãos e calçar novo par;
- Proceder a secagem dos instrumentais com um pano limpo e seco de cor clara em bancada limpa e desinfetada com álcool70%;
- Verificar presença de sujidade sobre o pano;
- Verificar presença de sujidade ao olho nu, analisando o instrumental;
- É feito a inspeção, e em caso de presença de sujidade deve se repetir a limpeza;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos.

Rastreabilidade:

É feito a identificação dos pacotes/campos e/ou bandejas, de forma que possamos localizar o material utilizado em determinado procedimento. A identificação utilizada na Unidade é de 6 números, onde os dois primeiros são do dia que foi preparado o material, os dois subsequentes do mês que o material foi preparado, e os dois últimos são sequencias do dia, iniciando sempre pelo 01 todos os dias.

Ex.: material de curativo preparado para esterilização no dia 20 de outubro, o número para rastreamento será: 201001, 201002, e assim sucessivamente.

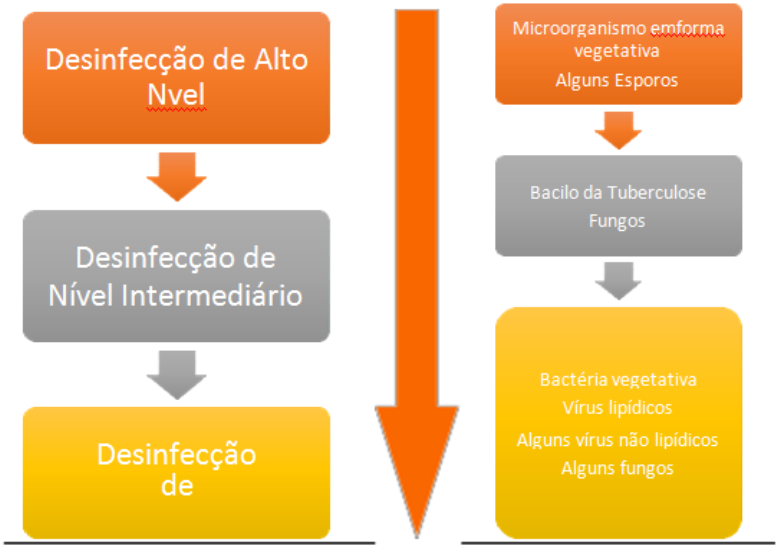
Nota: Esses dados deverão ser registrados no prontuário dos pacientes.

Desinfecção de artigos:

Consiste em processo de eliminação de microrganismos presente em artigo e superfícies, porém com menor poder letal que a esterilização, pois não destrói todas as formas de vida microbiana, principalmente os esporos;

Classificada conforme seu espectro de ação: baixo nível, nível intermediário e alto nível

Figura 5.2-1 - Desinfecção dos Artigos



Esterilização:

Processo de distribuição de todas as formas de vida de objetos inanimados, incluindo bactérias nas formas vegetativas e esporuladas, fungos e vírus, mediante aplicações de agentes físicos, químicos e físico-químicos. Sobre os seguintes métodos.

- **Método de Físicos:** Vapor Saturado sob pressão–calor úmido
- **Químicos:** por imersão Hipoclorito de Sódio1%

O que esterilizar na CME?

Materiais críticos, instrumentais como um todo.

- Preparo de embalagens para esterilização:
- Higienizaras mãos;
- Vestir EPIs: Gorro e luvas de procedimento;
- Inspecionar os artigos;
- Identificar o pacote com nome da unidade, conteúdo pacote, data da esterilização, data da validade do processo de esterilização e nome do responsável do empacotamento;
- A utilização da técnica adequada permite proteção, identificação, manutenção da esterilização transporte e manuseio do artigo, facilitando a abertura e utilização segura.

Montagem de carga na autoclave:

- Esterilizar têxtis e materiais rígidos em cargas diferentes. Não sendo pratico, coloque têxtis acima e materiais rígido abaixo;
- A disposição dos artigos no interior dos pacotes;
- Materiais articulados e com dobradiças devem ser colocados de forma a permanecer abertos;
- Materiais cirúrgicos não deve ser acondicionado encaixado ou empilhado;
- Uso de proteção (compressas de gazes) nas regiões perfuro cortantes dos instrumentais diminui o risco de contaminação dos pacotes devido à perda
- Integridade da embalagem, além de ser um fator de biossegurança para o funcionamento;
- Materiais côncavo, como cuba, devem ser posicionadas de forma que qualquer condensado que se forme flua em direção ao dreno por gravidade,

- Os pacotes maiores devem ser colocados na parte inferior da câmara e os menores, na parte superior;
- Os materiais e embalagem não devem tocar as paredes e o teto da câmara;
- Não ultrapassar 80% da capacidade da câmara interna do equipamento;
- Iniciar o ciclo da esterilização, conforme a orientação do fabricante;
- Após o termino de a esterilização desligar (quando for manual) e abrir a porta da autoclave, deixando-a entreaberta para o término da secagem,
- Ospacotesnãodevemsertocadosoumovidosde30a60minutosapósa esterilização, deixados na máquina ou local sem correntes de ar, se um material úmido ou morno for colocado em um local mais frio pode umedecer o pacote, comprometendo a esterilização;
- Verificar se a fita zebrada apresenta alteração na coloração;
- Operador deve ter em mente ao preparar uma carga a necessidade de remoção do ar da câmara da autoclave, da penetração do vapor e a saída do vapor e re-vaporação da umidade do material;
- Registrar processo em impresso – Registro do processo de esterilização em Autoclaves, que deverá ser arquivada na CME da unidade em pasta.

Monitorização do Processo de Esterilização Através de Indicador Biológico:

- Nas autoclaves com menos de 50 litros utilizar 1 pacote teste com indicador biológico contaminado com Bacillus G. Stearothermophilus, posicionando-o próximo ao dreno (de 10 a 20 cm acima);
- Carregar a autoclave com os demais pacotes de artigos a serem esterilizados;
- Liga a autoclave no programa de pacotes – nº 1;
- Quando acabar o ciclo da autoclave, espera resfriar o pacote;
- Pegar a ampola teste colocar na incubadora (quebrar de maneira delicada o vidro interno da ampola);
- Pegar a ampola que foi na autoclave e colocar na incubadora (quebrar de maneira delicada o vidro interno da ampola);
- Esperar o tempo indicado pelo fabricante para fazer a leitura do teste;
- Registrar o resultado, colando os rótulos na folha de anotação destinada para este registro;
- Descartar as ampolas no perfuro cortante;
- Armazenar este registro por 2 anos.

Indicador Físico:

- Ligar a autoclave e realizar um ciclo vazio;
- Posicionar o pacote com o teste;
- Colocar o pacote teste na câmara com a face impressa voltada para cima, posicionando-o próximo ao dreno e apoiado no rack;
- Na tela de comando, programara autoclave em módulo Bowie dick - Nº4;
- Aguardar o carregamento do processo;
- Confirmar os dados na tela;
- Pressionar o botão com um quadrado pressionando com dedo até o
- Fechamento total da porta;
- Aguardar o transcorrer do teste;
- Ao término do teste um relatório será emitido, o qual deverá ser avaliado e afixado à folha de controle;
- Abrir a porta;
- Retirar o teste de dentro da máquina;
- Abrir o pacote sobre a bancada;
- Avaliar o resultado. Anotar data, autoclave e assinatura do responsável e arquivar a folha teste;
- Arquivar o resultado.

Pacote Teste ou Pacote Desafio:

- Deve ser feito com campo cirúrgico de algodão não passado e não calandrado representando o maior pacote esterilizado na autoclave da Unidade de Saúde, a ampola ATTEST deve ser colocada no centro do pacote;
- Identificar da mesma forma o pacote teste, aplicando fita com indicador químico externamente;
- Liga a autoclave no programa pacotes –nº1;
- Utilizando em carga cheia subsequente;
- Quando acabar o ciclo esperar esfriar o pacote para arquivar o teste.

Armazenamento, Distribuição e Inspeção de Materiais:

- A estocagem deve ser feita em prateleiras abertas. Devem ser utilizadas, devendo apenas merecer maior atenção ao controle de fluxo pessoal, `a limpeza e ventilação;
- Os materiais com data de esterilização mais antigas devem ser armazenadas na frente dos demais;
- Manusear os pacotes quando estiver em completamente frios antes de estoca-los;
- Número de vezes que o pacote foi manuseado, prateleiras abertas, condições da área de estocagem, podem interferir na continuidade da esterilidade dos artigos;
- Artigos estéreis não devem ser transportados juntos com artigos contaminados ou sujo;
- Estocar os pacotes com artigos estéreis de modo a não comprimi-los, não torcê-lo, não perfura-los, para não comprometer sua esterilidade, mantendo-os longe da umidade, a uma distância de 25cm do piso, 45cm do teto e 5 cm das paredes;
- Durante o transporte, proteger os artigos da contaminação, deda nos físicos e perda utilizando-se de recipiente rígido destinado exclusivamente a este fim.
- Efetuar a inspeção periódica dos itens estocados para verificação de qualquer degradação. Não utilizar artigos que apresentam as seguintes condições:
- Papel Grau Cirúrgico amassado ou rompidos;
- Umidade ou manchas,
- Desprendimento de partículas;
- Suspeita de abertura do pacote.
- Prazo de validade dentro das condições adequadas descritas acima é de 3 meses para papel grau cirúrgico;
- Prazo de validade em tecido de algodão é de 14dias;
- Semanalmente revisar o estoque, colocando o pacote que estiver próximo ao vencimento na frente dos recém esterilizados, seguindo uma ordem pela data de validade.

Limpeza terminal da CME:

- Realizar a higiene das mãos (em pia na área de limpeza);
- Realizar a higiene das mãos (em pia de área anexa ao preparo);
- Calçar as luvas de borracha e demais EPIs;
- Retirar todos os artigos da área de limpeza e preparo;
- Retirar os impressos de orientação da parede;
- Desocupar bancadas e pisos;

- Avisar a equipe de higienização hospitalar para que seja realizada a limpeza;
- Orientar que a limpeza inicie pela área de armazenamento de material estéril (arsenal);
- Proceder à realização da limpeza no preparo e posteriormente na área de limpeza;
- Ao término da limpeza pela equipe de higienização hospitalar, retornar todos os utensílios para os seus lugares;
- Proceder à limpeza das bancadas, mesas, cadeiras, gaveteiros, cestos aramados, e os equipamentos (conforme protocolo estabelecido), utilizando água, sabão a neutro compressa;
- No caso das prateleiras, utilizara escada para acessar as mais elevadas, enxaguar com compressa úmida;
- Secar utilizando compressa limpa;
- Realizar desinfecção utilizando álcool a 70% com compressa limpa;
- Deixar a secagem do álcool ocorrer naturalmente.

Dispensação de Soluções Envasadas na CME e Distribuídas para os Setores:

Todas as soluções que são envazadas em almotolias são preparadas e distribuídas pelos colaboradores da CME. A equipe solicitará via telefone a solução que estiver vencida, sete dias de almotolia, ou que acabar nas almotolias, onde a colaboradora da CME preparará as soluções e fará as anotações nos rótulos, lembrando de anotar no controle o que foi dispensado e para onde foi dispensado. A equipe irá buscar na CME as almotolias já preparadas.

1. Descrição de materiais

- Pasta com documentos para consulta;
- Livro Ata para registro de intercorrências;
- Pasta para guarda dos resultados dos testes.
- Materiais para limpeza terminal:
- Água potável;
- Detergente neutro;
- Esponja;
- Caneta;
- Álcool a70%;
- EPIs (luva de borracha, avental, gorro e máscara);
- Compressa limpa;

- Balde.

2. EPI

- Gorro;
- Óculos de proteção;
- Máscara cirúrgica;
- Avental impermeável;
- Luvas de borracha ou de procedimento (depende de qual atividade a ser executada);
- Calçados fechado.

3. Responsabilidades

Ao Enfermeiro compete:

- Elaborar a escala de tarefas diárias a serem desenvolvidas pelos funcionários;
- Realizar e/ou supervisionar os testes biológicos e Bowie &Dick;
- Fazer leitura, anotação e avaliação diária dos testes realizados nas autoclaves - Bowie & Dick biológico;
- Avaliar o funcionamento dos equipamentos do setor;
- Controlar o instrumental em circulação e em estoque;
- Supervisionar a execução das rotinas técnicas;
- Fazer previsão e controle diário do material a ser fornecido à Unidade de Saúde;
- Participar do planejamento, elaboração, implantação e execução dos trabalhos científicos e rotinas técnicas;
- Participar e implantar treinamento para CME ou Unidade de Saúde quando se fizer necessário;
- Emitir parecer técnico sobre a qualidade do material;
- Participar de atividades afins.
- Ao Auxiliar de Enfermagem compete:
- Executar as etapas de processamento do material na CME (recebimento, preparo, esterilização, estocagem distribuição);
- Anotar a produção do turno na folha de estatística (impresso próprio);
- Comunicar ao enfermeiro qualquer anormalidade com materiaise equipamentos;

- Auxiliar na elaboração de rotinas técnicas;
- Participar de treinamentos cursos;
- Participar da implantação de novas técnicas;
- Comunicar à chefia imediata danos ou perda de material;
- Participar do transporte recebendo e fornecendo material para as Unidade de Saúde;
- Desempenhar tarefas afins.

4. Quando executar

- Sempre que funcionar a CME, diariamente.

5. Registro

- Livros ata, pasta para arquivar o resultado teste da autoclave.

6. Ações em caso de não conformidade

- **NC:** Qualquer intercorrência com a autoclave ou em uma das etapas do processamento do IB.
- **Ação:** deverá ser informado ao enfermeiro responsável e a SCIH.

Figura 5.2-2 - Mapeamento de Risco

	MAPEAMENTO DE RISCO				
	MAPEAMENTO DE RISCO CME				
	CÓD: MR.CME.001	DATA ELABORAÇÃO:	REV.001	DATA REVISÃO:	PÁG:

Processo: CME				**Objetivo do Processo:** Verificar a rastreabilidade dos intrumentais e insumos da CME						
Cód.	**Atividade crítica**	**RISCO**	**Causa/ Fator de risco**	**Barreira/ Prevenção**	**Consequência**	**Gravidade**	**Probabilidade**	**Impacto**	**Contingência**	**Forma de Monitorar o risco (Nome e Fórmula do indicador)**
1	Esterilização	Perda/quebra de instrumentais	Não rastreamento dos intrumentais	Rastreamento	Perda do material	5	2	7	Registrar no prontuário do paciente o pacote de intrumentais utilizados.	Tabela de controle de instrumentais: monitoramento é realizado através de planilha alimentada diariamente e apresentado resultado mensalmente com números absolutos.
			Tempo de uso	Troca de material em tempo util de vida					Avaliação diária dos intrumentais pela equipe da CME com foco na qualidade	

Figura 5.2-3 - Reclassificação de Tabulação da Probabilidade +Gravidade

Reclassificação de tabulação da probabilidade + gravidade

O responsável do processo deverá recalcular o impacto dos riscos a cada 12 meses, considerando o histórico dos resultados dos indicadores relacionados aos riscos dos processos.

CRITÉRIO PARA DEFINIÇÃO DA PROBABILIDADE		Gravidade X Probabilidade	GRAVIDADE			
baseada em chaces de ocorrências	**baseada no desvio sobre a meta estipulada**		1 Reversível, leve	2 Reversível, severo	3 Irreversível, severo	4-Fatal ou incapacitante
Excessiva: Maior que 10 %	Excessiva: Desempenho desfavorável (desvio superior a 20%)	4-Excessiva	5	6	7	8
Alta: de 1% a 10%	Alta: Desempenho desfavorável (desvio de 10% a 20%)	3-Alta	4	5	6	7
Moderada: de 0,1% a 1%	Moderada: Desempenho desfavorável(desvio até 10%)	2-Moderada	3	4	5	6
Baixa: Menor que 0,1%	Baixa: Desempenho igual ou melhor que a meta	1-Baixa	2	3	4	5

PROBABILIDADE

DATA DA PRIMEIRA CLASSIFICAÇÃO DO IMPACTO : / /

HISTÓRICO DE REVISÃO:

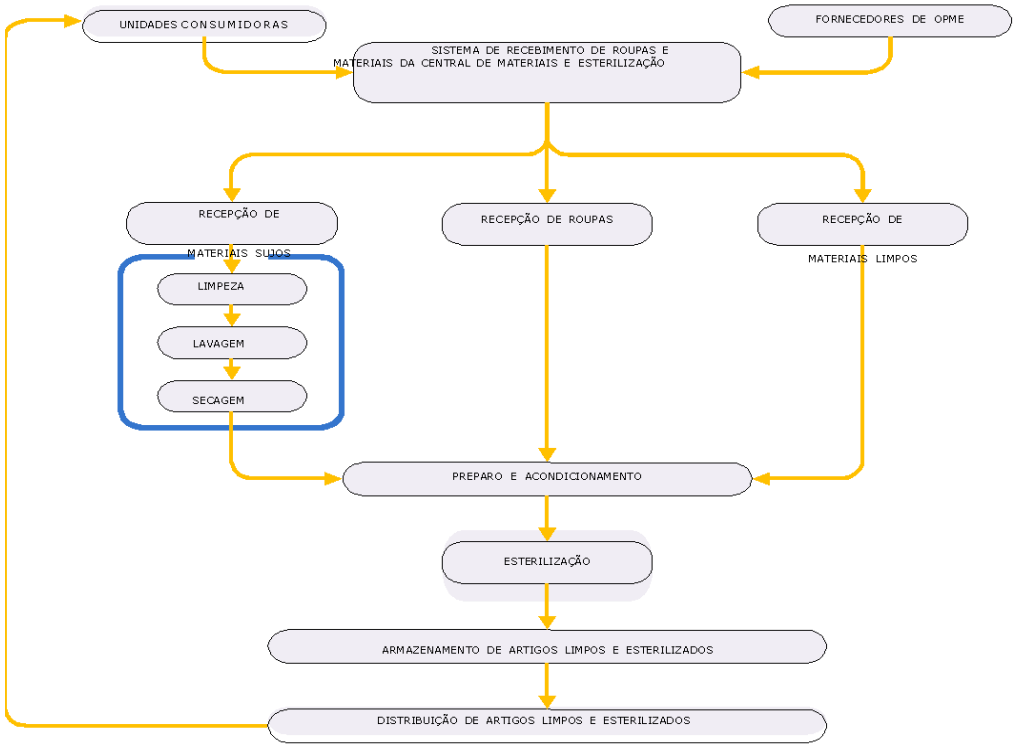
Data da revisão	Nº da revisão	Itens Revisados
	1	Indicador

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

- Estrutura física adequada;
- Equipamentos adequados e operacionais;

- Materiais adequados;
- Segregação de profissionais que trabalham na área suja e na área limpa;
- Normas claras e rígidas para o funcionamento da CME;
- Capacitação e supervisão contínua dos funcionários da CME;
- Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva eficientes na CME;
- Acesso restrito aos funcionários da CME, sempre devidamente paramentados;
- O fluxo dos materiais na CME deve ser contínuo e unidirecional evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados;
- Evitar que o colaborador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.
- Atualização permanente quanto às normas e recomendações da Anvisa e demais entes públicos e privados que tenham ingerência ou contribuições para melhorar o efetivo e adequado funcionamento da CME.

Figura 5.2-4 - Fluxograma Da Central De Materiais E Esterilização



5.2.2 Fluxo Unidirecional para Roupas

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

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

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

Coleta da roupa suja na unidade geradora e transporte

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

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

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

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

A coleta deve ser realizada no próprio saco do hamper, em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora

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

Processamento da roupa na área suja:

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

Secagem, Separação e Classificação:

- A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos de hamper (objetos sólidos, instrumentais etc.), bem como proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.
- Na área suja da Lavandeira a roupa é classificada antes do processo de lavagem. O colaborador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.
- A pesagem deve ser cuidadosa para a obtenção de dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.

- A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem (objetos sólidos, instrumentais, etc.).
- Proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.

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

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

Da lavagem:

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

Processamento da roupa na área limpa:

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de:

- Centrifugação,
- Secagem
- Calandragem ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade.

Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas. Após a etapa de secagem, a roupa limpa é dobrada e acondicionada nas prateleiras da rouparia. O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

NOTA 06: A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, e quando necessária, deverá ser precedida de banho.

Transporte e distribuição da roupa limpa:

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

Roupas provenientes de pacientes em isolamento:

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

Roupas provenientes de nutrição e panos para limpeza:

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

Esterilização das roupas:

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

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

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem:

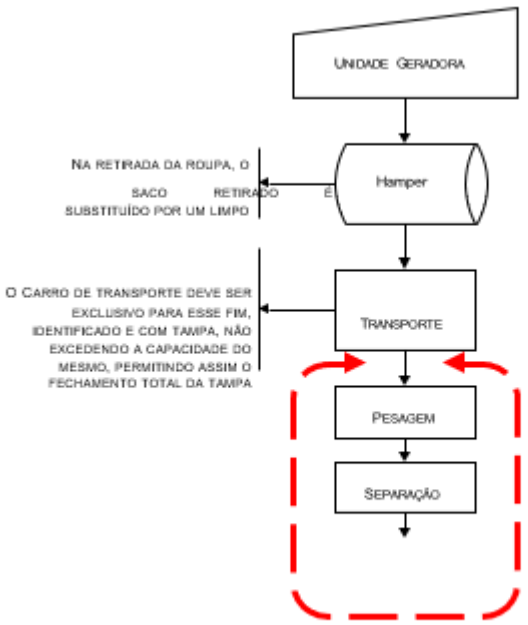
- Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte;
- Colocar dois hamper em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper;
- Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso;

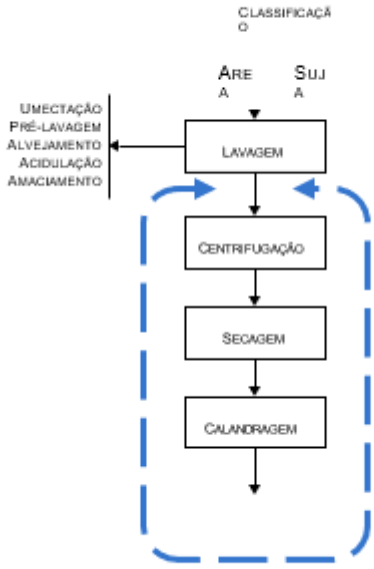
- Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comum);
- O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia: a coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário;
- O funcionário da lavanderia identifica os sacos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor;
- A rotina de identificação das hamper de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar. Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hamper, para evitar contaminação do ambiente;
- A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados; não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário;
- A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais. O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada nas unidades do hospital;
- É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque; A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa;
- Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas;
- No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

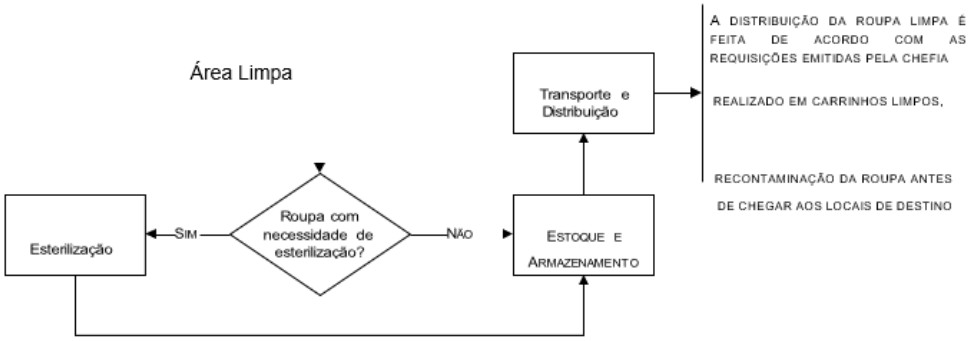
NOTA 07: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfuro cortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da re-contaminação da roupa.

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

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPA







5.3 Fluxo Unidirecional para Resíduos de Serviços de Saúde

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

rotinas de higiene e limpeza de superfícies da CCIH (Comissão do Controle de Infecção Hospitalar).

O PGRSS tem os seguintes objetivos:

- Proporcionar maior segurança aos profissionais, pacientes e visitantes do Hospital;
- Promover a redução dos acidentes ocupacionais;
- Contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar;
- Contribuir para a preservação do meio ambiente;
- Minimizar a geração de resíduos, proporcionar a reciclagem e reduzir custos;
- Adequar todas as etapas do gerenciamento de resíduos no Hospital, desde a geração até o tratamento final, conforme as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Desenvolver um Plano de Gerenciamento de Resíduos, com a participação de profissionais da área de segurança e medicina do trabalho, gerência de risco, limpeza, CCIH, farmácia, enfermagem, laboratório, setor de radiodiagnóstico, banco de sangue e equipe médica.

Treinamento da equipe:

O programa de treinamento inicial e de forma continuada deve contemplar:

- Noções gerais sobre o ciclo de vida dos materiais,
- Conhecimento da legislação em vigor,
- Definições,
- Tipo, classificação dos resíduos e seu potencial de risco,
- Sistema de gerenciamento de resíduos adotado,
- Divisão e assunção de responsabilidades e tarefas,
- Reconhecimento dos símbolos,
- Sobre a utilização e circulação dos veículos de coleta,
- EPI (Equipamento de Proteção Individual),
- EPC (Equipamento de Proteção Coletivo),
- Biossegurança,
- Higiene pessoal e dos ambientes,
- Proteção radiológica,

- Providências em caso de acidentes e situações emergenciais, sobre gerenciamento de resíduos no município,
- Noções básicas sobre o controle de infecção e de contaminação química.

Todos os profissionais da instituição independente de suas funções deverão conhecer o sistema de gerenciamento de resíduos adotado pelo Hospital. Conscientizar o trabalhador da importância dos assuntos citados acima no seu trabalho diário; O conteúdo programático deve estar relacionado com o assunto a ser tratado; definir um responsável pelo treinamento; utilizar permanentemente a educação continuada (CCIH, Segurança do Trabalho e outros profissionais especializados); apresentar o material didático constituído de Rotinas, Manual de Treinamento e OS (Ordem de Serviço).

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

Avaliação e monitoramento do PGRSS:

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

- Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D;

Variação da proporção de resíduos do Grupo E; Serão elaborados relatórios semestrais de avaliação do PGRSS identificando a necessidade de melhorias, alterações necessárias, mudanças de procedimentos, entre outros; serão realizadas reuniões mensais com a equipe do lixo e de combate às pragas no sentido de avaliar o seu desempenho ambiental, para isso a empresa realiza avaliações periódicas, visando garantir sua conformidade com os requisitos legais, seus requisitos corporativos e com as boas práticas ambientais. Os resultados dessas avaliações serão difundidos internamente para todos os envolvidos no processo.

Serão elaboradas planilhas informando a geração mensal de resíduos, tipo de resíduos, classificação, forma e local de armazenamento, destino final, entre outros indicadores. Na inspeção e acompanhamento dos serviços serão consideradas:

- Ações Preventivas que serão as ações necessárias e suficientes para evitar que um problema potencial se materialize.
- Serão executados monitoramentos periódicos para verificar o atendimento aos requisitos legais e critérios da empresa contratada.
- Para garantir a manutenção da conformidade serão mantidas medidas preventivas antes de iniciar qualquer trabalho.
- Será elaborado um sistema de registros para demonstrar e garantir o cumprimento das ordens de serviço, cumprindo assim os objetivos e metas.

NOTA 08 Caso não haja conformidade, serão implantadas medidas corretivas e evitará os atos ou omissões de seus empregados que resultem na degradação do meio ambiente.

Equipamento de segurança outras medidas do PGRSS:

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

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

- Avental;
- Máscara de carvão ativado e máscara cirúrgica;
- Botas de PVC, de cano curto e longo (para lavagem), de cor clara e solado antiderrapante;
- Luvas de PVC grossa e longa, antiderrapante; Óculos de proteção de acrílico;
- É obrigatório o uso de calça comprida e sapato fechado.
- Os profissionais devem manter perfeita higiene pessoal (banho diário, cabelos limpos, penteados e presos, unhas limpas e aparadas e evitar o uso de adornos).

O recolhimento dos resíduos do PGRSS:

Deverá ser feita licitação para a contratação de empresas para efetuarem a remoção dos resíduos. Para essa atividade deve ser considerado que para a reciclagem de resíduos dos Grupos B ou D serão elaboradas, desenvolvidas e implantadas práticas, de acordo com as normas dos órgãos ambientais e demais critérios estabelecidos na legislação. Serão elaborados relatórios semestrais de avaliação do PGRSS identificando a necessidade de melhorias, alterações necessárias, mudanças de procedimentos, entre outros. Serão realizadas reuniões mensais com a equipe do lixo e de combate às pragas no sentido de avaliar o seu desempenho ambiental, a empresa realizará avaliações periódicas, visando garantir sua conformidade com os requisitos legais, seus requisitos corporativos e com as boas práticas ambientais. Os resultados dessas avaliações serão difundidos internamente e para todas as partes interessadas.

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

Tipos de resíduos previstos:

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

Grupo A:

Resíduo Infectante – A1

Culturas e estoques de microrganismos: resíduos de fabricação de produtos biológicos, meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios; Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas. Os resíduos provenientes de campanha de vacinação e atividade de vacinação em serviço público de saúde; Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido; Bolsas

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

I. Segregação e identificação:

A segregação se dá próxima ao local de geração. Inscrição do conteúdo: "RESÍDUO INFECTANTE" e simbologia específica (rótulos de fundo branco, com desenho e contornos pretos) nos sacos, lixeiras, contêineres, coletores de transportes internos e externos, nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, conforme NBR 7.500 da ABNT.

II. Acondicionamento antes da coleta:

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

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

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

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

III. Coleta e transporte interno:

O recolhimento dos sacos deverá ser feito quando forem atingidos 2/3 da capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas. É proibido o esvaziamento ou o reaproveitamento dos sacos. Os resíduos devem ser desprezados diretamente da fonte geradora para os sacos brancos. Para o transporte interno deve ser considerado o seguinte:

- Definir em função do volume de resíduos gerados, fluxos bem definidos em termos de horário, sentido único e fixo, evitando cruzamento com roupas limpas, alimentos, medicamentos, visitas e fluxo maior de pessoas ou atividades. Este serviço deverá ser executado por profissional devidamente paramentado e treinado.
- O trajeto para o translado deve ser de revestimento resistente à abrasão, superfície plana, regular, antiderrapante e rampa, permitindo livre acesso dos carros coletores, conforme RDC ANVISA 50/2002;
- Os recipientes de transporte não podem transitar pela via pública externa à edificação para terem acesso ao abrigo.

IV. - Armazenamento temporário interno:

O armazenamento temporário interno se faz da seguinte forma:

- Em sacos de cor branca leitosa, em lixeiras de material lavável, resistente, com tampa-pedal e cantos arredondados;
- Sala específica, com pisos e paredes lisas e laváveis;
- Não é permitida a retirada de sacos de dentro de recipientes na sala de armazenamento temporário;
- Se a sala de armazenamento temporário – INTERNO - for compartilhada com a sala de utilidades (expurgo), neste caso, e apenas neste caso, a sala deve dispor de área exclusiva de no mínimo 4m², para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores.

V. Armazenamento externo:

O armazenamento externo se dá em:

- Ambiente exclusivo. Grupos A e E podem ser juntos, porém ambos separados do grupo D.
- Na área de armazenamento externo é proibida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes de armazenamento ali estacionados.
- Deverá ser uma sala específica, com pisos e paredes lisas e laváveis (Piso resistente ao tráfego de carros coletores);
- Guarda de no mínimo dois carros de transporte interno; Área com identificação (Sala de Resíduos);

- Resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados num período superior a 24 horas de seu armazenamento deverão ser conservados sob refrigeração.

VI. Transporte Externo, Tratamento E Destinação Final:

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

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

Grupo infectante - A3

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

Grupo Infectante - A4

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

Grupo B

Resíduo Químico

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

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

- Os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações;
- Resíduos de saneantes, desinfetantes e desinfetantes;
- Resíduos contendo metais pesados; (não gerados);
- Recipientes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes

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

I. Agrega os efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas:

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

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

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

apresentem risco a saúde e ao meio ambiente, devem ser tratados da mesma forma que a substância que as contaminou.

II. Segregação e identificação:

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

- Conteúdo (discriminação da substância química e frases de risco);
- Simbologia e expressão (Resíduo Químico) específicas do risco associado.

III. Acondicionamento:

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

IV. Coleta e transporte interno:

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

V. Armazenamento temporário interno:

No caso de pequenos geradores é desnecessário.

VI. Armazenamento temporário externo:

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

Grupo D

Resíduo Comum

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

- Papel sanitário,
- Fraldas, absorventes higiênicos,
- Peças descartáveis de vestiário,
- Restos alimentares de pacientes;
- Sobras de alimento e do preparo de alimentos (resíduos úteis para compostagem); Resto alimentar de refeitório (resíduo sem utilidade);
- Resíduos de áreas administrativas;
- Resíduos de varrição, flores, podas de árvores e jardins;
- Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde;
- Resíduos recicláveis (papel, metal, vidro, plástico);
- Resíduos sem utilidade.
- As embalagens secundárias (de quaisquer medicamentos ou produtos médico-hospitalares, frascos plásticos de soro e frascos de vidros ou plásticos de medicamentos ou de outro produto farmacêutico), desde que não contaminadas por produto químico, devem ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como Resíduo do Grupo D, podendo ser encaminhadas para processo de reciclagem.

I. Segregação e Identificação:

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

NOTA 09 Para o **HERSO** sugerimos padronização dos carros coletores de cor branca, trocando somente a simbologia para resíduo reciclável.

II. Acondicionamento:

O acondicionamento deve ser feito em:

- Sacos impermeáveis nas diferentes cores, colocados em recipientes identificados;
- Lixeiras com simbologia diferente para cada tipo de resíduo;

NOTA 10 Locais de armazenamento interno junto com os demais resíduos e externo separados dos demais resíduos.

III. Coleta e transporte interno:

O recolhimento dos sacos quando atingir 2/3 da capacidade sendo feita a coleta duas vezes por dia. Os carros de transporte serão de cor branca identificado com simbologia para resíduos recicláveis, de material lavável, rígido, impermeável, com tampa articulada ao próprio corpo, cantos arredondados e rodas revestidas de material que reduza o ruído; recipientes com mais de 400 litros devem possuir válvula de dreno no fundo.

O trajeto para o translado deve ser de revestimento resistente à abrasão, superfície plana, regular, antiderrapante e rampa, permitindo livre acesso dos carros coletores.

IV. Armazenamento interno temporário:

O armazenamento interno temporário deve ser feito em:

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

V. Armazenamento externo e destinação final:

Deve ser armazenado em ambiente exclusivo, conforme descrito para os resíduos químicos.

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

Grupo e Resíduo Perfuro Cortante

Os materiais perfuro cortantes como lâminas de barbear, agulhas, escalpes, lâminas de bisturi, ampolas de vidro, brocas, pontas diamantadas, lancetas, Tubos capilares, micropipetas, lâminas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de petri) e outros similares contaminados com material biológico.

I. Segregação e Identificação:

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

- Inscrição (Resíduo perfuro cortante)
- Símbolo internacional de risco biológico com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, conforme NBR 7500 da ABNT.

II. Coleta e transporte interno:

O recolhimento dos recipientes quando atingir 2/3 da capacidade ou o nível do preenchimento ficar a 5 cm de distância da boca do recipiente. É proibido o esvaziamento ou o reaproveitamento dos recipientes de acordo com a RDC 306 e encaminhados ao estabelecimento de referência. O transporte interno nos mesmos recipientes e seguem as mesmas recomendações dos resíduos contaminados.

III. Armazenamento interno temporário:

O Armazenamento Interno Temporário é feito nos mesmos recipientes, local e segue as mesmas recomendações dos resíduos contaminados.

IV. Tratamento:

Não necessitam de tratamento.

V. Armazenamento externo:

O armazenamento interno é feito nos mesmos recipientes, local e segue as mesmas recomendações dos resíduos contaminados. Os Grupos A e E podem estar juntos, os demais grupos deverão ser armazenados em áreas separadas. Deve estar em conformidade com a Resolução CONAMA 283/2001.

VI. Critérios para armazenamento externo:

Área de ser identificada de uso restrito com área mínima de 4m2, com largura mínima de 2 metros para que permita manobra simples de pelo menos dois carros de coleta. Deve ser de alvenaria e coberto com material adequado em local afastado do corpo da edificação. O piso e paredes revestidos de material liso, resistente, lavável e impermeável, preferentemente branco e rejuntado. Tem de dispor de torneira baixa para lavagem de pisos e paredes; pias para a lavagem das mãos; tomada elétrica; piso com caimento em direção a canaletas de escoamento direcionadas para ralo sifonado, ligado à rede de esgoto e dotado de dispositivo de fechamento; porta abrindo para fora, com proteção inferior (tela) contra acesso de vetores, identificada com expressões de manter sempre fechada, acesso exclusivo de funcionários responsáveis pelo serviço e nome e simbologia do tipo de resíduo e, larga o suficiente para permitir a passagem de carros de coleta. O acesso exclusivo de funcionários do setor; deverão receber lavagem e desinfecção ao fim de cada fluxo. Deve conter um freezer com capacidade para sete dias de geração.

VII. Transporte externo e destinação final:

O transporte externo deve ser feito em carros com recipiente de carga na cor branca, inscrição e símbolo de "RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE", nome do município e da empresa responsável pelo transporte. A coleta e transporte externo deverão seguir as normas da NBR 12.810 e NBR 14.652 da ABNT.

A disposição final é feita em local com licenciamento ambiental conforme resolução CONAMA nº 237/97. A disposição final deve estar de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

VIII. Abrigo de higienização:

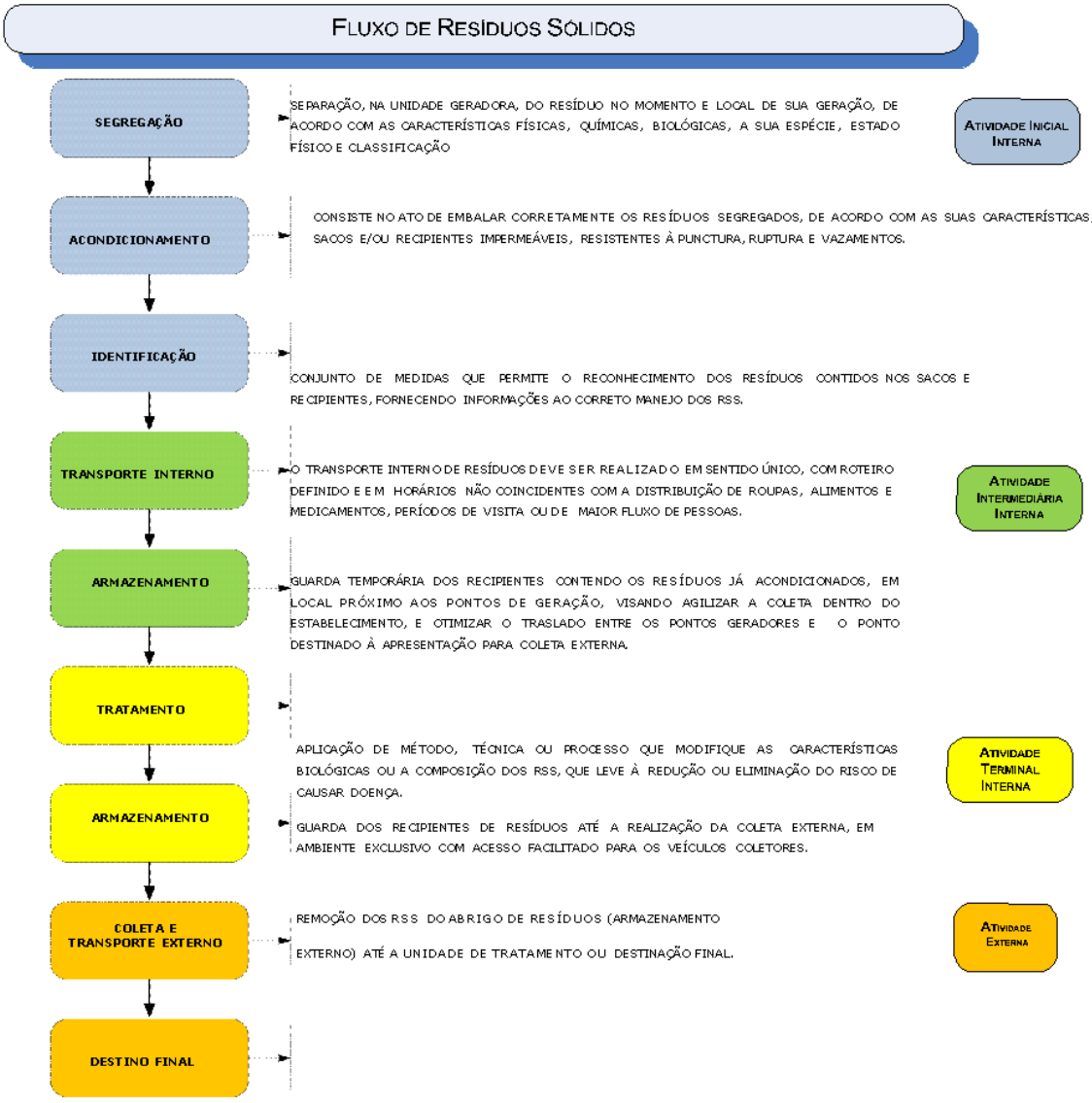
O abrigo de higienização é o local exclusivo para limpeza de utensílios, carros coletores, lixeiras ou recipientes de suporte de sacos de resíduos, baldes, pás, vassouras, pano de chão e demais materiais necessários ao manejo de resíduos. Deve ser mantido em sala para guarda destes materiais, piso e paredes resistentes, lisos e impermeáveis, laváveis e de cor clara, provida de pontos de luz e tomada elétrica, ponto de água, com torneira baixa e alta, tanque com torneira, ralo sifonado com tampa, ligado à rede de esgoto, pia exclusiva para a lavagem das mãos, e todos os EPIs necessários para a função.

IX. Horário da Coleta dos RSS:

O horário da coleta (transporte interno no Hospital) será definido em protocolos internos do serviço; em acordo com os respectivos coordenadores das áreas assistenciais do **HERSO**.

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

Fluxo de Controle e Manipulação de Resíduos Sólidos



5.4 Implantação Fluxo de Logística de Suprimentos

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

setorial e afeta diretamente o resultado atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial.

Esse processo ocorre pela compra de produtos e contratos de serviços e obras.

A área de compras tem por objetivo processar as aquisições de bens que a organização necessita. O termo compra será aqui entendido como uma das funções da gestão de materiais ou de suprimento que envolve as seguintes famílias de atividades: seleção de materiais, gestão de estoque, compras e armazenagem. A área de compras funciona como um elo entre a organização e seu mercado fornecedor, esta área cuida da aquisição de bens patrimoniais e da contratação de serviços relacionados a esses bens, como: inspeção e manutenção (BARBIERI e MACHLINE, 2006).

OS autores citam que, também faz parte das responsabilidades do departamento de compras a manutenção atualizada do cadastro de fornecedores por gerar informações que complementem o cadastro dos itens do estoque. O desenvolvimento de novos fornecedores, sua avaliação sistemática, o acompanhamento por meio de indicadores financeiros são funções importantes do departamento de compras. Podemos dizer que a administração adequada desse departamento sustenta a organização, gerando melhores margens ou redução de despesas

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

A Divisão de Material e Suprimentos mantém o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações. Além disso, uma equipe técnica especializada da Unidade participa da avaliação dos produtos no processo de compra.

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

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

SALVADOR - BA
(71) 2132-2477
AV. TANCREDO NEVES, 620,
SALA 602, CAMINHO DAS
ÁRVORES, SALVADOR - BA
CEP: 41.820-020

RIO DE JANEIRO - RJ
(21) 3400-8356
AV. DAS AMÉRICAS, 1155,
SALAS 1802/1803, BARRA DA
TIJUCA - RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 22.631-000

SÃO PAULO - SP
(11) 3845-1115
RUA ALCIDES LOURENÇO
DA ROCHA, 167, SALA 71,
BROOKLIN, SÃO PAULO - SP
CEP: 04.571-110

UNIDADES
BAHIA
MINAS GERAIS
RIO DE JANEIRO
SERGIPE
insvsaude.org

Logo da unidade	PADRONIZAÇÃO DE INSUMOS HOSPITALARES				
	Código: POP.COM.001	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisã 0: 000	Página: 1211 de 7

Objetivo

Garantir as melhores opções de insumos, material permanente ou semipermanente, bem como as peças de reposição para o bom funcionamento desses materiais que irão compor a lista de padronização do **HERSO**.

Aplicação

Aplica-se à Farmácia, Laboratório, Enfermagem, Fisioterapia, Suprimentos, Compras, Manutenção e demais setores do **HERSO**.

Definições

- Clientes Internos– neste documento, são os colaboradores diretamente ou não, ligados ao atendimento do usuário.
- Insumo Hospitalar– é todo material utilizado diretamente ou não no tratamento dos usuários ou apoio aos processos técnico-operacionais que permitem condições para os procedimentos serem realizados com segurança.
- Profissionais– são Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeiros, representante da CCIH e outros profissionais autorizados a prescreverem ou solicitarem insumos para atendimento ao paciente, ou destinados a processos de apoio.
- Relação de Insumos Padronizados – É a lista disponível no **HERSO** de todos os fármacos e materiais hospitalares revisados e aprovados pela Comissão de Padronização;
- Insumo Não Padronizado – Fármaco ou material hospitalar de uso eventual, que não fazem parte da Relação de insumos Padronizados no **HERSO** e por isso não são mantidos em estoque. Para a solicitação de compra é necessário o preenchimento do Formulário (Solicitação de Compra de Produtos Não Padronizado), autorizado pela

Diretoria e/ou Comissão com justificativa, carimbada e assinada pelo responsável do setor solicitante.

Descrição Detalhada Das Atividades

O processo de padronização abrange rotinas distintas, que juntas irão gerar informações para a composição e atualização constante das listas de insumos padronizados. Avaliação e padronização de insumos novos, oriundos de oportunidades oferecidas aos clientes internos da unidade (Enfermeiro (a) s, médicos, farmacêuticos, etc.).

Tabela 5.2.2-1 - Detalhamento das Atividades

Clientes Internos (Solicitante)	**01**	Demandam pela avaliação de um insumo, para fins de padronização, preenchendo os campos que lhe cabe, no Formulário de Solicitação de Avaliação da Qualidade de Produto e Inclusão na Padronização formulário e passa para o Presidente da Comissão.
Presidente da Comissão	**02**	Para materiais Hospitalares e outros insumos, não havendo amostragem do produto, solicitara o Setor de compras, fornecedor ou ao próprio cliente interno que envie o produto para análise da comissão, onde Será entregue ao Suprimentos.
Presidente da Comissão	**03**	Em posse do insumo, devolve ao solicitante ou responsável técnico a ficha parcialmente preenchida, junto com insumo e estabelece prazo para conclusão em consenso com o avaliador.
Cliente Interno	**04**	Preenche o formulário com as informações relativas à qualificação do insumo, registra seu parecer, devolve a ficha assinada para o Presidente da Comissão, no prazo acordado.

Presidente da Comissão	**05**	Recebe o Formulário verifica se o parecer foi positivo ou negativo. Se foi positivo, envia a ficha ao setor de Compras para levantamento de custos, se negativo, arquiva a ficha.
Compras	**06**	Faz levantamento da melhor oferta e devolve para o Presidente da Comissão.
Presidente Comissão	**07**	Recebe o formulário com o custo do insumo avaliado, faz análise custo x benefício em relação aos insumos já padronizados, ver sua viabilidade, registra seu parecer e passa para Diretoria Técnica.
Diretoria Técnica	**08**	Analisa parecer da Comissão, ver viabilidade Técnica, assina e devolve o formulário para a Comissão.
Presidente da Comissão	**09**	Verifica o parecer técnico e passa para o Suprimentos realizar cadastro no sistema Pró- Médico.
Suprimentos	**10**	Efetua o cadastro, no sistema Pró Médico, baseado Nas informações da Ficha de Avaliação do produto.
Comissão	**09**	Comunica o resultado da avaliação aos clientes internos que a demandaram e ao setor de Suprimentos para realizar cadastro.
Clientes Internos, Compras, Comissão e Suprimentos	**11**	Ao receberemos resultados positivos, cada Setor procederá com as rotinas específicas, a fim de avaliar e inserir novos insumos na lista de padronizados. Por exemplo: no caso de insumo hospitalar ou equipamentos aprovados, os Médicos, Enfermeiros e Profissionais poderão se organizar para possíveis treinamentos, mudanças de rotinas internas etc. O Suprimentos verificará se já poderá emitir sua solicitação de compra (IT específica) ou se aguardará

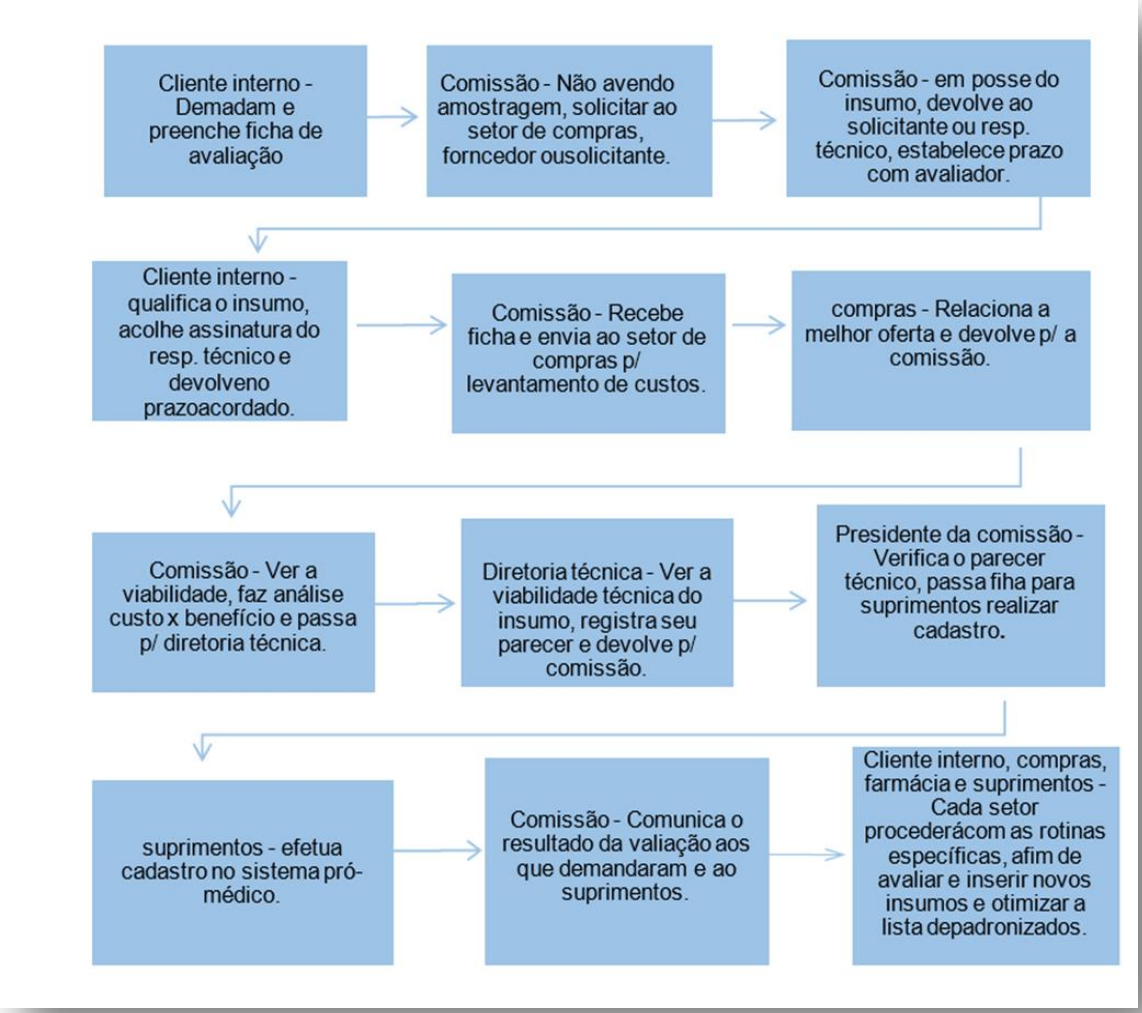
		baixar os níveis de estoque dos insumos substituídos.

A seguir apresentamos o quadro detalhado como membros responsáveis pela lista de insumos hospitalares e membros responsáveis pela sua aprovação e fluxos

Tabela 5.2.2-2- Atualização das Listas de Insumos Hospitalares Padronizados - Detalhamento

Suprimentos	**1**	Trimestralmente, faz levantamento da relação de Insumos padronizados no período;
Presidente da Comissão	**2**	Divulga resultado para o Suprimentos.
Suprimentos	**3**	Compara com informações do sistema de estoques: Saldos, custos e outras operações;
Suprimentos	**4**	Envia relatório para o processo de Padronização;
Presidente da Comissão	**5**	Atualiza listas de insumos padronizados.
Presidente da Comissão	**6**	Trimestralmente, os insumos aprovados no período Serão incluídos nas listas padronizadas.

Figura 5.4-1 - Logística de suprimentos



Descrição de Materiais- Detalhamento

- Insumo para avaliação ou inclusão;
- Caneta;
- Papel A4.
- EPI - Não se aplica.

Responsabilidade

É responsabilidade da Comissão de Padronização conduzir o processo em questão e fornecer o resultado para os clientes internos e setores envolvidos. É responsabilidade desta Comissão, juntamente como Suprimentos, produzir e atualizar listas de insumos. É responsabilidade dos Clientes Internos e Suprimentos, identificarem oportunidades de novos insumos hospitalares que possam aperfeiçoar os processos de atendimento, baixar custos, melhorar a desempenho do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado –**HERSO** e atualizar a lista de insumos padronizados.

É responsabilidade da comissão de Padronização atualizar e aprovar a lista dos demais itens a serem padronizados.

Quando Executar

Sempre que houver demanda para avaliação ou inclusão na lista de Padronização.

Registros

Formulário de Solicitação de Avaliação da Qualidade de Produto e Inclusão na Padronização;

Ações em Caso de Não Conformidade

- NC: Não preenchimento dos campos do formulário de Solicitação de Avaliação da Qualidade de produto e Inclusão na Padronização.
- Ação: O Formulário é devolvido para o cliente interno que demandou a avaliação ou inclusão.

Logo da unidade	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
	ROTINA DE AQUISIÇÃO DE INSUMOS E CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS – CONTAS A PAGAR/FINANCEIRO

	Código: xxxxx	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 000	Página: 126 de 6

Objetivo

Regulamentar os processos gerais para compras e contratações de serviços, realizados pelo do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**)

Aplicação

Este procedimento aplica-se a Compras, Suprimentos, Diretoria Administrativa, Diretoria Geral e Financeiro.

Definições

Serviço: as atividades voltadas a prestação de serviços de manutenção, conservação, laboratoriais, nutrição, segurança, assim como manutenção em instalação, montagem, operação ou conservação de máquinas e equipamentos, dentre outros;

Compra:

Toda aquisição remunerada de bens de consumo, bens patrimoniais ou serviços, de uma só vez ou parceladamente.

Produtos Não Padronizados:

- Todos os itens que não constam na lista
- Lista De Materiais Hospitalares Padronizados e Lista de Medicamentos padronizados.

Descrição Detalhada de Atividades

Aquisição de Produtos:

Setor solicitante preenche a Solicitação de Compras de materiais e serviços, envia ao setor de Suprimentos, devidamente assinado, onde é consolido todas as informações, verificado os níveis de estoque, desmembra por grupo e acolhe assinatura da Diretoria Administrativa e Financeira;

Nota: Até o dia 15 de cada mês os Setores solicitante precisam enviar suas programações mensais ao setor de Suprimentos, no e-mail do Setor de Suprimentos tem que enviar até dia 20, do mesmo mês, a programação assinada pela Diretoria Administrativa/Financeira ao Setor de Compras e até dia 05, do mês subsequente, o Setor de Compras atende à demanda solicitada. Lembrando que os setores solicitantes têm até dia 15 para requisitar o que foi solicitado no mês anterior, caso haja necessidade.

Diretoria Administrativa:

- Após análise, caso autorize, encaminha direto ao Setor de Compras copiando o Suprimentos. Caso não autorize, devolve para correção;
- Setor de Compras (Seleção de Fornecedor):
- O Gestor (a) ou Analista de Compras seleciona o Fornecedor na lista de fornecedores qualificados, faz análise dos segmentos para solicitação de Orçamento;

Compras (Solicitação de Orçamentos):

A atividade de Compras migra as informações de todas as Solicitações de Compras para o a Solicitação de Orçamentos e encaminha para os fornecedores qualificados.

Apuração da melhor oferta:

Cada fornecedor envia seus Orçamentos onde a Atividade Compras Lança no formulário de Apuração da Melhor Oferta, onde é identificado a ordem dos fornecedores de 01º, 02º e 03º lugar. É feito uma análise apurada para evitar discrepâncias em valores, unidades de medidas ou dosagem em caso de medicamentos. A Apuração da Melhor oferta é passado para Aprovação da Diretoria Administrativa;

Diretoria Administrativa:

Recebe a Apuração da Melhor oferta para análise, caso concorde, passa para Diretoria Geral aprovar;

Diretoria Geral:

Caso ainda haja alguma observação da Diretoria Geral, é devolvido para o Compras com as devidas recomendações;

Emissão do pedido de compra:

É emitido todas certidões do fornecedor vencedor, confirmado que está tudo certo, acolhe assinatura do Diretor Administrativo e Financeiro e Diretoria Geral, e envia cópias do pedido de Compras ao Fornecedor e ao Almoxarifado para recebimento e inspeção dos itens.

> **Nota:** Caso os pedidos de compras, com negociação finalizadas, ainda não estejam assinados pela Direção, serão enviados devidamente assinados pelo(a) Analista/Gestor de Compras ao setor de Almoxarifado para realizar o recebimento e inspeção na entrega.

Suprimentos:

Procede como recebimento, conforme procedimento escrito no POP de Armazenamento e Recebimento de Materiais na Área de Suprimentos, faz avaliação do fornecedor, POP de Avaliação de Fornecedor, acolhe assinatura da Diretoria Administrativa e Geral e envia para o Financeiro via e-mail e físico;

Contas a pagar:

Faz as verificações do processo, como certidões, lança no módulo apropriado, envia cópia da Nota Fiscal o Setor de Contabilidade e cópia do pagamento ao Setor Financeiro via sistema ou físico;

Financeiro:

- Efetua pagamento e devolve para o Contas a Pagar;
- Contas a pagar:
- Dar baixa no sistema de pagamento, envia cópia do pagamento para a Contabilidade e fecha o processo no sistema e físico.

Aquisição de Produtos Não Padronizados:

As Solicitações para compra de insumos Não Padronizados seguirão o seguinte critério:

Solicitante:

Cliente interno, como médicos, enfermeiros e demais setores da unidade envia o formulário de SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE PRODUTO NÃO PADRONIZADO preenchido para Farmácia/Almoxarifado;

Farmácia/Almoxarifado:

Avalia o insumo assim como os dados preenchidos no formulário de solicitação e passa para Diretoria Técnica avaliar e justificar a aquisição;

Diretoria Técnica:

Passa para autorização da Diretoria Administrativa/ Financeira;

Diretoria Administrativa/Financeira:

Autoriza e devolve para Farmácia/Almoxarifado gerar a Solicitação de Compras;

Farmácia/Almoxarifado:

Gera a solicitação de Compras, conforme formulário de SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MATERIAIS E SERVIÇOS e anexa juntos ao de SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE PRODUTO NÃO PADRONIZADO e envia para o Setor de Compras;

Setor de Compras:

Adquire o Insumo requisitado e entrega na Farmácia/Almoxarifado.

Figura 1 – Fluxograma de aquisição de medicamentos

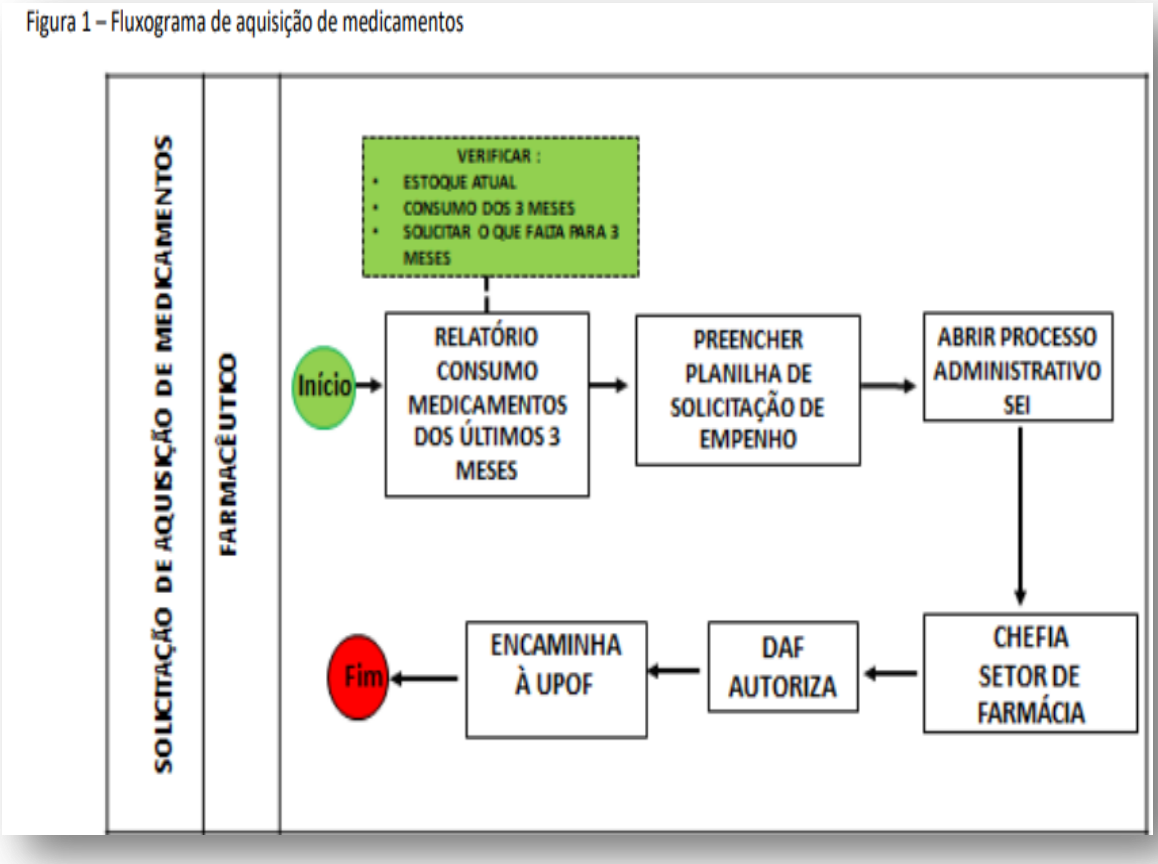
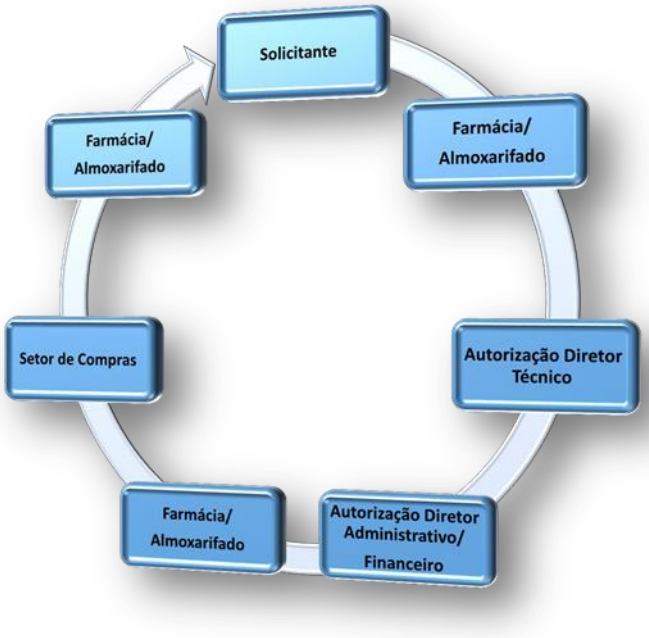


Figura 5.4-2 - Fluxograma de Solicitação de Produtos Não Padronizados no HERSO



Aquisição de serviços:

O Departamento de Compras deve cumprir as rotinas observando a necessidade do serviço, prazo, fonte de recursos, qualidade, condições de pagamento, sistemática de cotação e eleição da melhor proposta e outros pontos relevantes para a decisão, obedecendo a seguinte rotina:

Requisição:

Gestor da área faz solicitação no formulário FOR.COM.005, Solicitação de Compras de materiais e serviços para Suprimentos;

Suprimentos:

Verifica a necessidade, se os serviços já não existem em outro contrato, encaminha para Diretoria Administrativa Aprovar;

Diretor Administrativo:

Se autorizada a aquisição dos serviços, é encaminhada ao o setor de Compras copiando o setor de Suprimentos.

Nota: Em casos que houver a falta de autorização por irregularidade do pedido, será devolvido para o setor de Suprimentos corrigir com o setor solicitante;

Compras:

Faz todo processo de Cotação, conforme item 4.1 deste procedimento e passa para Diretoria Administrativa autoriza a compra;

Diretoria Administrativa:

Se concordar com a cotação apresentada, aprova e passa para Diretoria Geral, caso não concorde, será devolvida para o setor de Compras com as devidas recomendações;

Diretoria Geral:

Avalia financeiramente e caso não concorde devolve para o Diretor Administrativo com as devidas recomendações;

Compras:

Faz aquisição dos serviços, passa para validação jurídica a minuta do contrato depois passa para Diretoria Administrativa;

Diretor Administrativo:

Nomear o Gestor do Contrato, acolhe assinatura do Superintendente do Instituto e passa todo processo para-Contas a Pagar e Suprimentos;

Suprimentos:

Recebe a Nota e passa para o Gestor Atestar;

Gestor do Contrato:

Atesta de devolve para Suprimentos;

Suprimentos:

A colhe assinatura da Diretoria e passa Nota Fiscal para o Setor de Contas a Pagar;

Contas a pagar:

Faz as devidas verificações no processo, como as certidões, passa para a Contabilidade uma cópia da NF, lança no módulo apropriado e encaminha para o setor Financeiro cópia do pagamento via sistema e físico;

Financeiro:

- Efetua pagamento e devolve para Contas a Pagar;

Contas a pagar:

Dar baixa no pagamento (sistema), envia uma cópia para Contabilidade e fecha o processo no sistema e físico.

Nota: As aquisições regulamentadas por este procedimento de compra com valores estimados acima de R$ 200,00 (duzentos reais) possuem a exigência de, no mínimo, de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, obtidas por meio de pesquisa de mercado, fax ou e-mail; as aquisições regulamentadas por este procedimento acima do valor monetário de R$50.000,00 (cinquenta mil reais) mensais deverão ser disponibilizadas para concorrência no portal de transparência do Instituto.

Descrição De Materiais

- Computador com internet;
- Telefone;
- Armários para arquivos dos processos;

- Caneta;
- Papel A4.

EPI

Não se aplica.

Responsabilidade

Atividades de Compras

Quando Executar

Sempre que houver contratação de serviço ou aquisição de insumos em geral.

Registros

- Formulário Solicitação de Compras
- Formulário Solicitação de Orçamento
- Formulário Apuração da melhor Oferta
- Formulário Pedidos de Compras
- Certidões negativas
- Nota Fiscal
- Boleto
- Local de Arquivamento: Atividade de Compras

Ações em Caso De Não Conformidade

- NC: Não cumprimento da ordem citada no item nº 4.
- Ação: É cancelado todo o processo e passado para o segundo colocado o fornecimento do item.

Considerações Gerais

Em caso do processo não está completo, ou não ter as três cotações necessárias para fechar o processo e ser um item de extrema necessidade, é emitido um documento de justificativa com o motivo para a Direção autorizar a compra.

Logo da unidade	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
	AVALIAÇÃO DE FORNECEDOR				
	Código: xxxx	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 000	Página: 132 de 7

Objetivo

Estabelecer critérios para a avaliação de desempenho dos fornecedores de materiais hospitalares, medicamentos e insumos em geral.

Aplicação

Setor de Almoxarifado Geral, Farmácia e Compras.

- Equipamento Biomédico é todo equipamento empregado, por profissionais da saúde, na investigação diagnóstica e no auxílio terapêutico com a finalidade de agir, direta ou indiretamente, no processo de recuperação ou preservação do bem-estar do paciente.
- Material de Consumo é todo material hospitalar descartável, medicamento, produto de limpeza, material de escritório em geral (tais como papel A4, durex, cola etc.), materiais da rouparia (tais como uniformes, roupas de cama, tecidos etc.) e produtos de manutenção predial (tais como fita teflon, tinta plástica, conexões hidráulicas de pvc. etc.), que são requisitados pelas Áreas e Atividades para seus Centros de Custo e para uso nos setores.
- Material Semi permanente é todo material médico, de escritório, de manutenção que pode ser usado muitas vezes por ser durável; utensílio de uso e consumo; equipamento de pequeno porte; ferramenta profissional (tais como pinças, afastadores, bisturis, alicates, martelo, grampeadores etc.).

Descrição das Atividades

Avaliação de Desempenho dos Fornecedores de Materiais Hospitalares Descartáveis, de Consumo e Medicamentos; uma vez que os fornecedores estejam qualificados, estes passam trimestralmente pela avaliação de desempenho, que será realizada pela Área de Compras.

Critérios para avaliação de desempenho:

As Áreas e os Setores responsáveis pelo recebimento dos materiais, medicamentos, inspecionam os seguintes pontos, durante o recebimento dos materiais em geral, através de um Carimbo no verso da NF, registrando o resultado no ato do recebimento, onde posteriormente o fornecedor será avaliado em formulário.

Carimbo de Inspeção e pontos avaliados e Integridade da embalagem dos produtos:

- C (Conforme): Quando a embalagem estiver em perfeitas condições de preservação e uso do produto;
- NC (Não Conforme): Quando a embalagem for inadequada ou estiver danificada, afetando a quantidade e preservação do produto;

Valores negociados e da Nota Fiscal:

- C (Conforme): Quando o valor unitário dos itens da NF está, exatamente, igual aos valores do Pedido de Compras;
- NC (Não Conforme): Quando o valor unitário dos itens da NF está divergente com o do Pedido de Compras.

Quantidade Solicitada e Recebida:

- C (Conforme): Quando a quantidade de material / medicamento entregue variar entre mais ou menos 10% da quantidade solicitada;
- NC (Não Conforme): Quando a quantidade de material/alimento/ medicamento entregue for acima ou abaixo da variação de mais ou menos 10% da quantidade solicitada.

Pontualidade na entrega:

- C (Conforme): Entrega no prazo negociado pelo setor de compras;
- NC (Não Conforme): Entrega após o prazo negociado pelo setor de compras.

Condição de Pagamento:

- C (Conforme): Quando o Prazo de pagamento está de acordo com o negociado pelo Setor de Compras;
- NC (Não Conforme): Quando o Prazo de pagamento. Não está de acordo com o negociado pelo Setor de Compras;

Prazo de Validade dos itens constante no Pedido de Compras:

- C (Conforme): Quando todos os itens estiverem dentro do prazo de validade ou que não esteja vencendo nos próximo três meses, dependendo do giro do mesmo;
- NC (Não Conforme): Quando houver itens fora do prazo de validade ou com vencimento muito próximo.

Qualidade de Produtos na Entrega:

- C (Conforme): Produto é de marca de boa aceitação no mercado ou que não apresentou não conformidades anteriormente e está constando na lista de padronizados da unidade;
- NC (Não Conforme): Produto é de marca que já apresentou não conformidades anteriormente ou que não esteja na lista de padronizados na unidade.

Nota:

A Nota Fiscal de verificar a Fidelidade ao Pedido de Compras no que desrespeita aos dados cadastrais.

Tabela 5.2.2-3 - Pontuação C e NC

REQUISITOS	C(Conforme)	NC (Não Conforme)
Integridade	02 pontos	00 ponto
Valores acordados	02 pontos	00 ponto
Quantidade	01 ponto	00 ponto
Pontualidade	01 ponto	00 ponto
Condição de Pagamento	01 ponto	00 ponto
Validade	02 pontos	00 ponto
Qualidade	02 pontos	00 ponto

Cálculo dos pontos de avaliação:

No final de cada período os responsáveis pelas avaliações deverão totalizer os pontos obtidos por fornecedor considerando o seguinte critério:

- Calcula o percentual de pontos obtidos pelo fornecedor em cada entrega, resultando no total apurado.
- Calcula o percentual de aprovação efetuando a média do total de entregas realizadas no período, resultando no Percentual de Aprovação.

A Classificação Final do Fornecedor será feita de acordo com o seguinte critério:

- 80 a 100% do percentual de aprovação: fornecedor aprovado;
- 60 a 79% do percentual de aprovação: fornecedor Aprovado com Ressalva.
- Menor que 60%: fornecedor Reprovado.

Manutenção do Cadastro de Fornecedores Qualificados:

O Setor de Compras recebe mensalmente do Almoxarifado Geral, conforme o tipo de produto fornecido e independente do número de vezes que foi fornecido, os formulários, Anexo

I, com dados de cada fornecimento e resultado das avaliações, o qual providencia a notificação ao fornecedor, caso tenha sido reprovado ou aprovado com ressalva. A manutenção do cadastro será feita sempre que necessários pela área de Compras e serão usados os seguintes critérios:

- Fornecedor Aprovado com Ressalva– Se apresentar esse resultado por três períodos consecutivos deverá ser desqualificado.
- Fornecedor Reprovado– Além de ser notificado pelo Setor de compras será convidado a vir até a unidade para apresentar ações corretivas e será avaliado por mais um período.

Descrição de Materiais

- Computador;
- Carimbo de Inspeção;
- Caneta;
- Formulário de Avaliação.

EPI

Não se aplica.

Responsabilidades

É responsabilidade do Setor de Compras, Farmácia e Almoxarifado Geral.

Quando Executar

A cada entrega de produto.

Registro da qualidade

Ficha de Avaliação de Desempenho de Fornecedores de Materiais Hospitalares Descartáveis, de Medicamentos, Materiais de Consumo, conforme anexo I.

Notificação ao Fornecedor:

É enviado e-mail para notificar o fornecedor e quando há necessidade, envia a própria planilha.

Ações em Caso de Não Conformidade

Caso o fornecedor não seja desqualificado de acordo com os critérios definidos e prazos estipulados, tomar ação de imediato para cumprimento do procedimento.

Considerações Gerais:

Não se aplica.

Quadro - POP de avaliação de Fornecedor

Logo da unidade	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
	QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO FORNECEDOR				
	Código: POP.COM.004	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 001	Página: 137 de 15

Objetivo

Estabelecer critérios para qualificação e avaliação de fornecedores de materiais hospitalares, medicamentos e insumos em geral.

Aplicação

Aplica-se ao setor de Compras e todas as áreas que recebem produtos/insumos (Almoxarifado geral e Farmácia, Nutrição).

Definições

- Material de Consumo: é todo material hospitalar descartável, medicamento, produto de limpeza, material de escritório em geral (tais como papel A4, durex, cola etc.), materiais da rouparia (tais como uniformes, roupas de cama, tecidos etc.), produtos de manutenção predial e nutrição, que são requisitados pelas Áreas e Atividades para seus Centros de Custo e para uso nos setores.
- Equipamento biomédico: é todo equipamento empregado por profissionais de saúde, na investigação diagnóstica ou auxílio terapêutico no processo de atendimento ao paciente.
- Material Semi permanente: é todo material médico, de escritório, de manutenção que pode ser usado muitas vezes por ser durável; utensílio de uso e consumo; equipamento de pequeno porte; ferramenta profissional (tais como pinças, afastadores, bisturis, alicates, martelo, grampeador e etc.).
- Comissão de Avaliação: é a comissão composta de colaboradores indicados pelo setor de Compras e/ou Suprimentos/Farmácia, para avaliar os fornecedores críticos, através de visitas técnica, quanto a critérios pertinentes a armazenamento, fabricação, ressurgimento, distribuição etc. e seu sistema da qualidade, objetivando sua inclusão ou reinclusão no cadastro de fornecedores qualificados. É uma comissão de caráter temporário, nomeada a cada vez que surge a necessidade de visita ao fornecedor.
- Fornecedores Críticos são aqueles que fornecem insumos que impactam diretamente na segurança do usuário, como medicamentos, materiais hospitalares, materiais semi permanente, Equipamentos Biomédicos, dietas e gêneros alimentícios

Descrição Detalhada das Atividades

Qualificação dos Fornecedores

A qualificação inicial dos fornecedores já existentes na unidade, é baseada em histórico de, no mínimo, 6 meses de fornecimentos de insumos de marcas que não obtiveram problemas técnicos no uso pela unidade, até a data de emissão da revisão 0 deste procedimento.

Relação de fornecedores qualificados

Será emitida através da planilha Fornecedores Qualificados no Setor de Compras, que informará a situação de cada fornecedor de acordo com sua criticidade e com a seguinte classificação:

- Fornecedor Qualificado: é o fornecedor que atende a todos os critérios de qualificação descritos no item 4.3 em relação à situação de legalidade e ao seu produto. Caso o fornecedor não atenda a alguns desses critérios, os quais não impactem no seu desempenho, ele será qualificado com ressalvas, desde que o seu resultando não seja inferior a 60% do percentual de aprovação.
- Fornecedor Não Qualificado: é aquele que não obtiver aprovação no processo de qualificação ou que ao longo do processo foi reprovado durante as avaliações. Nota: As não conformidades apresentadas serão expostas aos fornecedores não qualificados para que estes apliquem as melhorias necessárias a ponto de receber em uma qualificação futura.

A classificação de novos fornecedores como "Qualificados" seguirá a seguinte metodologia:

Cadastramento

Apresentar documentação de funcionamento legal da empresa de acordo com anexo01.

Nota: Caso seja distribuidor de medicamentos, apresentar documento de autorização dos Laboratórios dos quais é representante.

Apresentar as Certidões obrigatórias, para toda compra efetivada, conforme anexo01.

Nota: O cadastramento do Fornecedor é realizado pelo Setor de Compras e está condicionado à necessidade da empresa, entretanto a documentação recebida ficará arquivada por período mínimo de um ano, para possíveis contatos ou cadastramento posterior, caso não haja compra nesse primeiro momento.

Em torno de 95% da efetivação das compras para O **HERSO** é realizada dentro da plataforma *BIO NEXO*, que já solicita toda documentação dos fornecedores.

Qualificação:

- Possuir, preferencialmente, representação comercial no Estado de Goiás. Oferecer garantia quanto à possível substituição de produtos fornecidos.

- Disponibilidade para visita dos membros da Comissão de Avaliação, para verificação de condições básicas de armazenamento, fabricação, ressuprimento, etc.
- Aceitar a condição de comunicar imediatamente ao Setor de Compras qualquer intercorrência na linha de produção quanto ao fornecimento normal do produto com o máximo de antecedência;
- Aceitar a condição de enviar informações atualizadas no que diz respeito aos materiais fornecidos;
- Possuir, preferencialmente, um Sistema da Qualidade (estar certificado ou não);
- Disponibilidade de envio de materiais para teste ou reposição, caso venha dar algum problema em lote ou na linha de qualidade de um item já aprovado;
- Para medicamentos e ou produtos que já apresentaram alguma restrição o fornecedor, se fabricante, apresentará o documento sanitário de deliberação para sua comercialização expedido pelo Serviço Nacional de Vigilância Sanitária (Divisão de Produtos)

Para fornecedor Importador, apresentar autorização do Serviço de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, para comércio do medicamento em seu favor para tal importação, conforme legislação publicada no Diário Oficial da União;

Fornecedor Representante, apresentar uma cópia da autorização de importação em nome do importador (conforme acima) e permissão para comercialização do produto emitida pelo fornecedor importador.

Para equipamentos Médicos Hospitalares o fornecedor deverá cumprir as seguintes exigências:

- Possuir pessoal qualificado dentro do seu quadro técnico, com registro nos conselhos regionais pertinentes ao cargo exercido;
- Possuir acessórios necessários para manter o equipamento em funcionamento;
- Fornecer, quando aplicável, certificado de calibração, reconhecido pelo INMETRO ou outro órgão reconhecido;
- Fornecer garantia e assistência técnica por, no mínimo, 1 (um) ano para todos os componentes que constituam o equipamento a ser vendido;
- Fornecer treinamento apropriado ao pessoal relacionado pelo requisitante do equipamento, estando incluído entre estes, um representante da Engenharia Clínica;
- Fornecer manual do usuário, manual técnico e esquema eletro / eletrônico do equipamento vendido, sendo os dois primeiros traduzidos para a língua portuguesa;
- Possuir recursos que possibilitem através de eventual contrato a manutenção

preventiva / controle metrológico ao término da garantia de aquisição*;

- Possuir registro do equipamento no Ministério da Saúde.

Nota: Caso não seja possível o atendimento aos itens marcados (*), será analisada a justificativa apresentada.

Nomeação da Comissão de Avaliação:

O Setor de Compras, Suprimentos/Farmácia, nomeará a Comissão de Avaliação, quando existir a necessidade de visita técnica ao fornecedor (distribuidor ou fabricante), candidato à qualificação ou aquele que não vem atingindo pontuação necessária nas avaliações periódicas.

Critérios para Visitas Técnica

Distribuidores e fabricantes pontuados como qualificados e considerados críticos pela Instituição, os quais forneçam um maior volume de medicamentos, termolábeis e perecíveis, serão visitados duas vezes por ano, exceto os casos em que os mesmos apresentarem não conformidades ao longo das entregas, pois os setores responsáveis pelas avaliações Almoxarifado/Farmácia/Nutrição, identificará a necessidade afim de evitar uma desqualificação antes do novo período de visita.

Para insumos manipulados (medicamentos e alimentos) a periodicidade da visita é anual.

Na visita técnica é recomendada a participação de um representante da qualidade, na composição da comissão.

A Nota a toda visita ao fornecedor, deverá ter no mínimo, três integrantes que fará o List Da Visita Ao Fornecedor, além de passar para o Setor de compras e lançar no formulário **Visita ao Fornecedor**, para chegar na nota, objetivo da visita.

Nota: Fornecedores com alguns elos de qualidade, serão dispensados da visita.

Aprovação final do Fornecedor (Qualificação)

O Setor de Compras, com base nos critérios de qualificação e no resultado da visita ao fornecedor, quando está tenha ocorrido, registrará o seu parecer final da qualificação para o cadastro, registrando as ressalvas quando assim as constatarem.

Avaliação de Desempenho dos Fornecedores de Materiais Hospitalares, Medicamentos, Descartáveis, Nutrição e Consumo em geral.

Uma vez que os fornecedores estejam qualificados, estes passarões trimestralmente pela avaliação de desempenho, que será realizada pela Área de Compras para análise dos índices de satisfação, baseados nas avaliações por entregas.

Critérios para avaliação de desempenho:

O Setor de Compras passará os Pedidos de Compras, conforme formulário de Pedido de Compras e via plataforma Bio nexo, para os Setores responsáveis pelo recebimento (Almoxarifado/Farmácia/Nutrição), o qual inspecionarão, se a Nota Fiscal estará fidedigna ao que foi negociado no pedido. Através do formulário FOR.COM.001 Avaliação de Desempenho, é registrado o resultado final da inspeção no recebimento, onde o fornecedor será pontuado e notificado caso não atinja o percentual de satisfação especificado no anexo 01.

Pontos Avaliados na Inspeção:

Integridade dos produtos:

- C (Conforme): Quando as embalagens estiverem perfeitas condições de preservação e uso do produto. Os medicamentos e produtos termo lábeis terão aferidas suas a temperaturas com termômetro calibrado e estas serão registradas no formulário *AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE FORNECEDORES DE MATERIAIS MÉDICOS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS E CONSUMO.*
- NC (Não Conforme): Quando a embalagem for inadequada ou estiver danificada, afetando a quantidade e preservação do produto. Itens com temperatura fora do permitido serão devolvidos.

Valores negociados x Nota Fiscal:

- C (Conforme): Quando o valor unitário dos itens da NF estiver exatamente igual aos valores do Pedido de Compras;
- NC (Não Conforme): Quando o valor unitário dos itens da NF apresentar divergência com o do Pedido de Compras.

Quantidades:

- C(Conforme): Quando a quantidade especifica da no pedido de compras for a mesma da NF variar entre 10% da quantidade solicitada;
- NC (Não Conforme): Quando a quantidade entregue for diferente da quantidade solicitada. Às variações de quantidades para mais ou menos 10% não serão consideradas não conformes.

Pontualidade na entrega:

- C (Conforme): Entrega no prazo negociado no pedido de compras;
- NC (Não Conforme): Entrega após o prazo negociado pelo Setor de Compras.

Condição de Pagamento:

- C (Conforme): Quando o Prazo de pagamento estiver de acordo com o negociado pelo Setor de Compras;
- NC (Não Conforme): Quando o Prazo de pagamento desacordar com o negociado pelo Setor de Compras;

Validade dos itens:

- C (Conforme): Quando todos os itens entregues estiverem dentro do prazo de validade ou que não estejam com o vencimento próximo de seis meses, dependendo do giro do mesmo. No caso de medicamentos é solicitado um prazo mínimo de 12meses;
- NC (Não Conforme): Quando houver itens fora do prazo de validade ou com vencimento menor que seis meses, sem prévia comunicação ao Setor de Compras antes do envio. Itens com vencimento menor que seis meses, o Setor de Compras solicitara o envio de uma carta compromisso de troca junto a mercadoria, comunicando o Setor solicitante da validade. As NFs que vierem com insumos divergentes lotes/Validade dos especificado serão consideradas "Não conformes" no item validade.

Nota: A Nota Fiscal será fidedigna ao Pedido de Compras no que se refere aos dados cadastrais e demais informações solicitadas pelo Setor de Compras.

Cálculo dos pontos de Avaliação:

No final de cada período os responsáveis pelas avaliações totalizarão os pontos obtido pelo fornecedor considerando os percentuais:

O percentual de pontos obtidos pelo fornecedor em cada entrega, resultando no total apurado.

O percentual de aprovação efetuando a média do total de entregas realizadas no período, resultando no percentual de aprovação.

A Avaliação final do fornecedor será de acordo com o seguinte critério:

- **80% a 100%** do percentual de aprovação: fornecedor aprovado, porém pontos menos críticos serão alinhados com o fornecedor para evitar se reincidência;
- **60% a 79%** do percentual de aprovação: fornecedor aprovado com Ressalva - será necessário notificá-lo, conforme formulário *NOTIFICAÇÃO DE NÃO CONFORMIDADES NAS ENTREGAS E SOLICITAR AÇÃO CORRETIVA*.
- **Menor que 60%:** Fornecedor Reprovado – Caso seja o primeiro fornecimento, ou seja, não reincidente, o Setor de Compras notificara-lo, chamando-o para esclarecimentos sobre os processos, avaliando-o na próxima aquisição.

Manutenção do Cadastro de Fornecedores Qualificados:

O Setor de Compras recebe mensalmente do Almoxarifado Geral, de acordo com o tipo de produto fornecido e independente do número de vezes que foi fornecido e recebido, os formulários, Anexo I, com os dados de cada fornecimento e o resultado das avaliações, de forma consolidada. Trimestralmente o Setor de Compras avaliará a média e notificará aqueles com ressalva ou reprovara os com maior reincidência. Nas avaliações mensais, enviadas pelo Almoxarifado, onde será identificado se há necessidade de notificação imediata, devido à gravidade da ocorrência, o Setor de Compras ~~já~~ providenciará a notificação, enviando-a aos fornecedores, independente, de ser mensal ou trimestral. Faz-se necessário que o fornecedor dê o retorno ao Setor de Compras comum a ação corretiva contida em no formulário Notificação de Não conformidade nas Entregas ou em formulário próprio onde o Setor de Compras o anexará junto a Notificação. Identificando a necessidade de visita, através das quantidades de notificações, formara-se uma Comissão de Avaliação que a realizará. A manutenção do cadastro será realizada sempre que necessária pela área de Compras usando os seguintes critérios:

- **Fornecedor Aprovado com Ressalva**– Se apresentar esse resultado por três (03 meses) período consecutivo será desqualificado.
- **Fornecedor Reprovado**– Além de ser notificado pelo Setor de compras será convidado a vir até o Compras para apresentar ações corretivas, acatadas ele será avaliado por mais um período.

Nota: A relação de fornecedores críticos e suas pastas se encontra em arquivo devidamente identificado no setor de compras.

Descrição De Materiais

- Computador;
- Caneta;
- Formulários de qualificação; Formulário de visita ao fornecedor;
- Formulário de Avaliação.

EPI

Não se aplica.

Responsabilidade

É responsabilidade do Setor de Compras, Farmácia e Almoxarifado Geral fazer cumprir as normas constantes deste documento.

Quando Executar

Sempre que houver a necessidade de cadastrar novo fornecedor e periodicamente para fornecedores críticos.

Registros

- Documentação do Fornecedor (pastas suspensas).
- Check List de Visita ao Fornecedor;
- Registro de Cadastro e Qualificação de Fornecedores;

- Formulário de *AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE FORNECEDORES DE MATERIAIS MÉDICOS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS ECONSUMO;*
- Formulário de *NOTIFICAÇÃO DE NÃO CONFORMIDADES NAS ENTREGAS*. A qual é enviada por e-mail ao fornecedor e quando há necessidade, envia a própria planilha de avaliação.

Ações em Caso de Não Conformidade

- NC: Não cumprimento do item 4 deste procedimento.
- AÇÃO: O Fornecedor será comunicado da ação corretiva apontada e dado um prazo para resolver e se necessário agendada uma nova visita.
- NC: Fornecedor não atendeu algum dos requisites de avaliação deste procedimento.
- AÇÃO: Será notificado, solicitado sua vinda na empresa ou até desqualificado de acordo com os critérios definidos neste procedimento.

Considerações Gerais

Não se aplica.

Tabela 5.2.2-4 - Formulário de Cadastro e Qualificação de Fornecedores

IDENTIFICAÇÃO	
NOME FANTASIA:	CNPJ:
FORNECEDOR (Razão Social):	
DOCUMENTAÇÃO	
DOCUMENTOS APRESENTADOS:	CRITÉRIOS ATENDIDOS:
CNPJ	Ciência dos Critérios da Qualidade
Alvará De funcionamento	Garantias
Inscrição Estadual	Amostras P/ Avaliação de Produtos
Inscrição Municipal	Tabela de preços

Certificado Da Vigilância Sanitária	Ciência da Especificação de Produtos
Certidão Receita Federal	Disponibilidade P/ Receber Visitas

Figura 5.4-3 - Avaliação com Fornecedores

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE FORNECEDORES DE MATERIAIS MÉDICOS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS E CONSUMO

FOR.COM.001 DATA ELABORAÇÃO: xx/xx/xx REV.000 DATA REVISÃO: xx/xx/xx

FORNECEDOR: _____ Period DE ___/___/___ À ___/___/___

Nº NF	DATA PREVIST	DATAS ENTREG	INTEGRIDADE C	INTEGRIDADE NC	VALORES C	VALORES NC	QUANTIDADE C	QUANTIDADE NC	PONTUALIDADE C	PONTUALIDADE NC	COND. PAGAMENTO C	COND. PAGAMENTO NC	ITEM DIVERGENTE C	ITEM DIVERGENTE NC	VALIDADE C	VALIDADE NC	PONTOS
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%

Inspeção Especial ( ) SIM ( ) NÃO			TOTAL APURADO	100%
Dpto. Resp. _____ Insp. Por: _____			PERCENTUAL DE APROVAÇÃO	0%
AVALIAÇÃO FINAL DO FORNECEDOR	APROVADO 80 A 100 %	APROV. C/ RESSALVA 60 A 79 %	REPROVADO MENOR QUE 60 %	TEMPERATURA EXIGIDA P/ TERMOLÁBIL, ENTRE 02° A 08°

OBSERVAÇÕES/RESSAL

RESPONSÁVEL: _____ SETOR: _____ DATA: ___/___/___

Logo da unidade	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
	Cadastro e Qualificação de Fornecedores				
	Código: POP.COM.004	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 001	Página: 13 de 15

IDENTIFICAÇÃO	
NOME FANTASIA:	CNPJ:
FORNECEDOR (Razão Social):	

DOCUMENTAÇÃO	
DOCUMENTOS APRESENTADOS:	CRITÉRIOS ATENDIDOS:
CNPJ Alvará De funcionamento Inscrição estadual Inscrição Municipal Certificado Da Vigilância sanitária Certidão Receita federal Certidão INSS Certidão Negativa De Débito do Estado Certidão Negativa trabalhista Certidão Simples Nacional Declaração Certidão Tribunal Regional do	Ciência Dos Critérios Da Qualidade Garantias Amostras P/ Avaliação De produtos Tabela De preços Ciência Da Especificação De produtos Disponibilidade P/ Receber visitas Sistema da qualidade Comunicar Intercorrência na linha De produção Cartas de Credenciamento dos Laboratórios de Autorização de Importação em Nome Do importador Autorização da Anvisa para Importação (No Caso De importador)

Trabalho – TRT Registro No Conselho Regional Competente – Rt Autorização Dos Laboratórios os Quais Representa – No Caso de Medicamentos.	
	Observações:
QUALIFICAÇÃO	
Visita Necessária DATA___/___/___ HORÁRIO___:___H Contato_____ Telefone _____	Visita Não Necessária MOTIVO:
RESULTADO DA VISITA: QUALIFICADO	**☐APTO ☐INAPTO**
OBSERVAÇÕES	

Responsável Compras	Assinatura	Data

Tabela 5.2.2-5 - Formulário de Visita ao Fornecedor

Objetivo da Visita:	Qualificação	Requalificação
Itens Avaliados	**NOTAS X AVALIADOR**	

	REF.	1	2	3
Data da Validade dos Produtos e Condição Física das Embalagens	**5**	0	0	-
Temperatura do Ambiente de Produção e de Armazenamento e Umidade no armazenamento	**4**	0	0	-
Incidência de Raios Solares e Acesso a Insetos e/ou Roedores	**3**	0	0	-
Higiene do Ambiente de Produção e/ou Armazenamento	**3**	0	0	-
Empilhamento dos Volumes e Identificação dos Produtos	**3**	0	0	-
Sistema de Distribuição (Entrega)	**4**	0	0	-
Estrutura de Atendimento Ao Cliente	**5**	0	0	-
Controle de Estoque	**3**	0	0	-
Totais	**30**	**0**	**0**	**-**

Nota Final (MÉDIA DOS TOTAIS 1,2 e 3 APURADOS / TOTAL DE REFERÊNCIA) **:0 %**.

Observação: a partir de 80% (oitenta por cento) será aprovado na visita e apto a qualificação.

Conclusão:	**☐ Apto a Qualificação**	**☐ Inapto**

AVALIADORES	**ÁREA/ATIVIDADE**	**ASSINATURA**

Tabela 5.2.2-6 - Formulário de Check List de Visita ao Fornecedor

ITENS AVALIADOS	NOTAS		OBSERVAÇÕES
	REF	APURADAS	
Data da Validade dos Produtos e Condição Física das Embalagens	**5**		
Temperatura de Armazenamento e Umidade Ambiente	**4**		
Incidência de Raios Solares	**3**		
Higiene Ambiente	**3**		
Empilhamento dos Volumes e Identificação dos Produtos	**3**		
Sistema De Distribuição (Entrega)	**4**		
Estrutura de Atendimento Ao Cliente	**5**		
Controle de Estoque	**3**		
TOTAL APURADO			
COMENTÁRIOS:			

AVALIADOR	ÁREA/ ATIVIDADE	DATA	ASSINATURA

Solicitamos cotação do (s) seguinte (s) produto (s) ou serviço (s):

ITEM	UN	QTE	ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

- **Item 1**: Discriminar detalhadamente o(s) produto(s) ou serviço(s) orçado(s) e informar fabricante/marca.
- **Item 2**: Favor enviar proposta em papel timbrado da empresa, nominal ao **ISNV** - **Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória**, constando: CNPJ, Inscrição Estadual e/ou Inscrição Municipal, endereço, telefone, nome do vendedor e prazo de entrega do produto ou serviço e informação quanto ao frete (CIF ou FOB).
- Tal proposta deverá estar legível e com caracteres nítidos. Os orçamentos que não possuírem tais características serão desconsiderados, de modo que não serão inclusos no Processo de Compras.
- **Item 3**: No caso de aquisição de medicamentos, materiais médico-hospitalares e equipamentos hospitalares, informar o número de Registro no Ministério da Saúde / ANVISA.
- **Item 4**: Informamos que caso seja necessária a retirada do equipamento citado nesta Carta Cotação para orçamentação de manutenção, tal retirada deverá ser acompanhada pelo Serviço de Patrimônio do **HERSO**.

- Caso a visita técnica para orçamentação de manutenção ocorra dentro do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – **HERSO** tal visita deverá ser acompanhada pelo Serviço de Manutenção do **HERSO**. Solicitamos que seja agendada, com antecedência, ao Serviço de Compras.
- **Item 5**: No caso de aquisição de equipamentos, informar local de assistência técnica e tempo de garantia.
- **Item 6**: As empresas que apresentarem propostas que atenderem tecnicamente, poderão ser convidadas para negociação de preço.
- **Item 7**: Forma de pagamento: será mediante negociação de prazo entre as partes, através de depósito em conta ou boleto bancário.
- Em caso de depósito em conta, deve ser informado no corpo da nota fiscal os dados bancários, referentes a empresa contratada.
- **Item 8**: Recebimento de produtos: segunda à sexta-feira.
- **Item 9**: Solicitamos que seja apresenta do ao Setor de Compras do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado –**HERSO** juntamente com a Proposta de Preço, impreterivelmente as 05 (cinco) Certidões, vigentes, abaixo descritas:
- Certidão Negativa de Débitos junto a Secretaria da Receita Federal;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao FGTS;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao INSS;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao Estado da sede da empresa;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao Município (ISSQN) da sede da empresa.
- Certidão Negativa Trabalhista

*As Certidões solicitadas acima serão exigidas também no ato do pagamento da (s) empresa (s) vencedora (s)".

Telefone para contato:	E-mail:
Frete: CIF	Prazo máximo para envio da proposta:

Atenciosamente,

_____

Supervisão de Compras

Santa Helena de Goiás, / /2023

Formulário do Solicitante

Logo da unidade	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
	Formulário do Solicitante				
	Código: POP.COM.004	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 001	Página: 137 de 15

Logo da unidade	**FORNECEDOR**	
	VENDEDOR	
	TELEFONE	

No	DESCRIÇÃO PRODUTO/ SERVIÇO	QTD	UN	P. UNI	P. TOTAL	P. UNIT	P. TOTAL	P. UNIT	P. TOTAL	P. UNIT	P. TOTAL
1											
2											
3											
4											
5											
	SUB-TOTAIS										
	C. REALIZADA										

COMPRADOR	IMPOSTO								
	PRAZO DE ENTREGA								

SOLICITAÇÃO DE PARECER TÉCNICO: ( ) SIM ( ) NÃO	OBS: Solicitamos análise e parecer de todas as propostas apresentadas neste processo, informando e justificando quais empresas/marcas atendem e quais não atendem tecnicamente as necessidades da Instituição.

Autorização para aquisição dos produtos/insumos seguintes

Logo da unidade	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**				
	Autorização para aquisição dos produtos/insumos seguintes				
	Código: POP.COM.004	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 001	Página: 137 de 15

Autorização para aquisição dos produtos/insumos seguintes

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QTD	VL. UNT	VL. TOTAL
1.				
2.				

Valor Total:

Forma de Pagamento:

Endereço de Entrega:

Prazo Para Entrega

Santa Helena de Goiás, / /2023

_____

Diretoria

Formulário de Insumos não Conforme

Identificação:		
Não Conformidade: () Produtos Hospitalares () Medicamentos	Localização (Setor) do Insumo: () Almoxarifado () Farmácia () Interno (Setor de Uso)	**Descrição da localização:**
Descrição do Insumo:		
() Nota Fiscal e data	() Lote de fabricação	Quantidade de produto Não - conforme:
Descrição da Não-conformidade:		
Ação Imediata Tomada:		
Emitente:	Visto:	Data:

Correção da Não-conformidade			
() Troca no Fornecedor:	() Devolução ao Fornecedor:	() Descartar	() Permuta c/ parceiros:
Descrição da Correção:			
Responsável pela execução da correção:	Data:		

Observações:	Necessita de Ação Corretiva: () Não ( ) Sim, FNC nº:
Situação: () Conforme () Não Conforme	Visto (inspetor): ___Data:_____/____

Formulário de Solicitação de Avaliação da Qualidade de Produto e Inclusão na Padronização

( ) INCLUSÃO ( ) AVALIAÇÃO		
Identificação do produto		
Nome do produto:		
Quantidade:	Registro M.S.:	
Marca:	Modelo/dosagem:	
Fabricante:	N° Patrimônio/ N° Série/N° Lote:	
Data de fabricação: / /	Data de validade: / /	
Fornecedor:		
Contato (nome):	Tel. (comercial):	Tel. (outro):
Indicações:_Justificativa:		
Solicitante:_____ Data:___/____/_____ *Assinatura e Carimbo*		
Solicitante		
Avaliação técnica do produto: **( ) Não se aplica**		

Atende a necessidade do requerente: ( ) Atende ( ) Não atende
Pontos positivos:
Pontos negativos:
Solicitante:_____ Data:___/____/_____ *Assinatura e Carimbo*
Farmácia
Parecer: **Farmacêutico(a):**_____CRF:_____Data:___/____/_____ *Assinatura e Carimbo*
Comissão
Resultado Final:
Aprovado () Reprovado ()
Padronizar () Não Padronizar ()
Justificativa:
Presidente(a):_____ *Assinatura e Carimbo* **Diretor Técnico:** Data: / / *Assinatura e Carimbo*

Formulário de compra de produto não padronizado

Solicitante
Nome do Paciente:
Nome do produto:

Nome comercial:
Dosagem: Quantidade: Forma farmacêutica: Indicações terapêuticas: _____ Justificativa: _____ **Solicitante(a):**_____ Data:// *Assinatura e Carimbo*
Diretoria Técnica
( ) APROVADO ( ) REPROVADO
Justificativa: _____ **Diretor(a):**_____Data:__/____/____ *Assinatura e Carimbo*
Diretoria Geral ou Administrativa/Financeiro
( ) APROVADO ( ) REPROVADO
Justificativa: _____ **Diretor(a):**_____Data:__/____/____

Assinatura e Carimbo

Termo de Responsabilidade de Recebimento e Uso de Uniformes Profissionais

DATA ELABORAÇÃO: xx\xx\xx REV.000

DATA REVISÃO: xx\xx\xx

Nome:_____

CPF ou RG:_____

Função:_____SETOR:_____

Uniformes Recebidos:

Declaração:

DECLARO que estou ciente da necessidade e obrigatoriedade da utilização de uniforme profissional, conforme legislação específica, para o perfeito desempenho das minhas funções. Através das provas efetuadas dos modelos e tamanhos solicitados, os recebidos são os que se adaptam perfeitamente a mim, bem como recebi as orientações quanto ao uso correto, higienização, conservação e finalidade dos mesmos.

Enfim, comprometo-me a:

- Fazer uso na empresa, de forma regulamentar, abstendo-me de usá-lo para fins extra profissionais;
- Zelar pela guarda, uso e conservação dos mesmos;
- Restituí-lo, ou o valor correspondente, para a empresa no caso de: Transferência de função ou Setor não sendo necessário seu uso no novo local de trabalho; na eventualidade de afastamento de emprego e ou cessação do contrato de trabalho; no caso de extravio ou quaisquer outros danos oriundos de uso inadequado ou falta de cuidados.

Autorizo, em caso de danos por dolo ou perda, a CONTRATANTE a descontar de meus vencimentos mensais ou na rescisão do contrato de trabalho.

Responsável

Notificação de Não Conformidades nas Entregas

DATA ELABORAÇÃO: xx\xx\xx

REV.000 DATA REVISÃO: xx\xx\xx

Prezado Fornecedor:

Conforme informado anteriormente, foram definidos critérios para Qualificação e A–**HERSO** e foi apontado a não conformidade marcada abaixo na entrega da NF nº.

Integridade dos itens;

- Valores acordados;
- Quantidades;
- Pontualidade nas entregas;
- Condição de Pagamento;
- Validade dos Produtos fornecidos;
- Obs.:

A nossa parceria comercial contará com a vossa colaboração nas ações de melhoria.

Ação corretiva da Não Conformidade apontada acima:

Prazo para correção:

Próxima Entrega

Data Prevista: / /

Atenciosamente,

Santa Helena de Goiás, / /2023

5.5 Proposta de Melhorias de Fluxos

Acompanhar e otimizar o fluxo de atendimento no hospital é essencial para fornecer um serviço organizado e de qualidade para os seus pacientes.

Muitas pessoas podem não fazer essa associação, mas a demanda de casos e a maneira como eles são encaminhados estão diretamente ligados à gestão do hospital.

Nesse caso, uma gestão precária pode impactar diretamente na forma como os pacientes são acolhidos no centro de saúde, prejudicando sua satisfação e o trabalho que a instituição oferece.

Por isso, para estabelecer um suporte eficiente e ser um centro de referência, é fundamental determinar o fluxo de atendimento no hospital e traçar estratégias para deixá-lo ainda mais ágil. Basicamente, um fluxo de atendimento no hospital é a organização prática de como as assistências são feitas a partir do momento em que o paciente dá entrada no local.

Esse fluxo estabelecido pela gestão, ou mesmo pela equipe de colaboradores, envolve uma série de fatores, como:

- Primeiros passos;
- Recursos físicos e materiais usados no primeiro contato com o paciente;
- Sistemas internos necessários para acompanhamento;
- Cuidados médicos efetivos.

Além disso, o fluxo de atendimento no hospital envolve toda a jornada do paciente, desde sua admissão, até o momento da alta. Nesse caso, ter um roteiro de assistência mal organizado pode dificultar os atendimentos e até mesmo prejudicar o serviço oferecido pelos profissionais.

Da Importância de Melhorar o Fluxo

Um fluxo de atendimento no hospital é fundamental para oferecer um serviço de qualidade para o paciente. Assim, melhorar a sua abordagem significa aprimorar o suporte final ao público. Além disso, é esse fluxo que primeiro identifica as necessidades do paciente, de modo que ter uma aplicação mais eficiente pode auxiliar nos diagnósticos. Isso diminui o tempo de espera para os atendimentos, melhorando o cuidado com o paciente e com a sua satisfação. Ainda, ter um roteiro de suporte bem organizado pode ajudar a reduzir custos

operacionais, pois a assistência será mais assertiva, além de aumentar a produtividade de todo o hospital.

Dessa forma, o fluxo de atendimento no hospital não é importante apenas para o paciente, como também para os colaboradores que colocam isso em prática. O fluxo de atendimento no hospital deve ser adaptado para as necessidades de cada centro de saúde e, assim, atender às suas demandas da melhor forma possível. No entanto, existem algumas etapas básicas que compõem um roteiro completo e que devem ser levadas em consideração no momento das consultas. Por isso, veja como esse fluxo pode funcionar na prática e quais os procedimentos que compõem essa sequência:

Triagem

Em um primeiro momento, todos os pacientes que chegarem ao hospital devem passar por uma triagem eficiente. Isso irá determinar a gravidade e urgência do atendimento, ajudando a otimizar e focar o suporte para pessoas com mais necessidades. Além disso, a triagem também identifica os principais sinais e sintomas visíveis no caso do paciente, que ajuda a qualificar o risco e a gravidade enfrentados. Uma vez que a triagem é uma das etapas mais importantes, pois pauta todas as outras, é importante otimizá-la ao máximo, utilizando sistemas inteligentes e otimizados para melhorar a triagem.

Ordem de Atendimento

Em seguida, o fluxo de atendimento no hospital deve estabelecer a prioridade nas consultas dos pacientes, para garantir que as pendências mais urgentes sejam vistas o quanto antes. Para isso, a maioria dos centros de saúde aplicam uma triagem visual, por meio de pulseiras coloridas ou pela separação dos pacientes em diferentes salas. Dessa forma, a equipe saberá qual a ordem prioritária das consultas, agindo com mais urgência para atender todos os pacientes da forma correta.

Pronto-Atendimento

Outra etapa do fluxo de atendimento no hospital é o pronto-atendimento, uma unidade que realiza o suporte para ocorrências de baixa complexidade, otimizando assim a fila de espera. Por exemplo, lesões leves, mal estar e febres são algumas das tratativas que são

resolvidas no PA. Nesse caso, é importante ter uma equipe apenas para essas ocorrências, para realizar curativos, aplicar injeções e inalações, reduzindo a fila de espera e liberando recursos para os casos mais urgentes.

Exames

Além disso, o fluxo de atendimento no hospital também deve incluir suporte para exames de imagem, que auxiliam nos diagnósticos mais urgentes com maior precisão. Cada análise possui seu próprio tempo de realização e conclusão e, se não forem incluídos no roteiro de assistência, podem atrasar todas as demais etapas. Por esse motivo, é fundamental incluir os exames ao montar e otimizar um fluxo de atendimento, especialmente em grandes centros de saúde, como hospitais, para determinar o tempo correto de cada suporte e não deixar os pacientes esperando.

Retorno ao Consultório

Finalmente, o fluxo de atendimento no hospital não pode se resumir somente ao suporte momentâneo, mas também deve considerar o retorno ao consultório, se necessário. Essa preocupação diminui os riscos de sintomas não-percebidos, diagnósticos incorretos ou tratamentos pouco eficientes. Por isso, a equipe também deve incluir em seu roteiro o retorno do paciente para verificar se a abordagem foi satisfatória e resolveu o problema de forma integral. Dessa forma, além de uma assistência eficiente, o hospital também garante um acompanhamento correto de casos mais urgentes e de maior atenção.

Reforço de Serviços Não Clínicos

Os serviços não clínicos são todos aqueles que não fazem parte de um tratamento, mas são igualmente importantes para a manutenção das atividades do hospital, como:

- Limpeza;
- Transporte;
- Manutenção técnica;
- Administração.

Nesse caso, ter um bom fluxo de atendimento no hospital também significa ter uma base sólida que possibilite essas consultas. Assim, é importante reforçar esses serviços, com a ampliação das equipes de funcionários e mais material para potencializar os processos.

Contar com Softwares de Inteligência Artificial

Um fluxo de atendimento no hospital eficiente conta, principalmente, com a organização das consultas e das próprias equipes. No entanto, fazer essa assistência de maneira totalmente manual pode diminuir a produtividade e impedir que o serviço tenha máxima qualidade. Nesse caso, contar com softwares de inteligência artificial pode otimizar, e muito, os processos. Por exemplo, as plataformas identificam os pacientes mais urgentes, quais os médicos disponíveis e possíveis tratamentos só pelo cadastro inicial. Assim, ter um sistema inteligente pode ser fundamental para melhorar o fluxo de suporte em todas as etapas.

Ter Tecnologias de Rastreabilidade

Outra tecnologia que pode ajudar a melhorar o fluxo de atendimento no hospital são os sistemas de rastreabilidade. Como o nome indica, ele rastreia dados e pacientes para mostrar informações em tempo real para os colaboradores. Por exemplo, indicando onde o paciente está, qual a etapa da assistência e se existem ineficiências no processo. Além disso, essa tecnologia também ajuda a entender qual o tempo de espera de cada paciente e otimizar esse setor de maneira mais concreta.

Inserir o Prontuário do Paciente na Nuvem

Trabalhar com informações e prontuários na Nuvem é uma das melhores recomendações para otimizar o fluxo de atendimento no hospital. Grandes centros de saúde precisam de uma comunicação direta, eficaz e fluida, para oferecer serviços de qualidade ao paciente. Nesse caso, é importante que os dados estejam acessíveis para todos os médicos e colaboradores, em qualquer lugar. Dessa forma, otimiza-se a consulta de informações, proporcionando um atendimento mais assertivo, além de tornar o acesso mais prático, pois o servidor externo está conectado em todos os dispositivos. Assim, trabalhar com prontuários na Nuvem é fundamental para integrar ainda mais os processos.

Treinamento da Equipe para Aumentar a Produtividade

Por fim, mesmo que exista um fluxo de atendimento no hospital, se a equipe não for apta a segui-lo, o suporte continuará pouco eficiente. Por isso, é importante treinar os colaboradores para melhorar a produtividade dos serviços, por meio de abordagens mais ágeis e um melhor entendimento de cada caso. Além disso, é importante que todos saibam como utilizar sistemas tecnológicos que otimizam os atendimentos. Assim, além de implementar novas ferramentas, é fundamental treinar as equipes para acompanhar essa evolução efetivamente.

Neste contexto, nos do **INSV**, buscaremos proporcionar bom fluxo de atendimento no hospital pode diminuir o tempo de espera, agilizar as consultas e tornar os diagnósticos mais precisos. Todos esses benefícios contribuem diretamente para a experiência do paciente com a unidade de saúde, aumentando sua satisfação com o serviço. Assim, otimizara o seu roteiro de assistência e as etapas que o compõem para melhorar essa experiência e oferecer um suporte de excelência para o público em todas as etapas e em todos os casos. Por isso, e para isso irá investir na melhoria do fluxo de atendimento no hospital e utilizara ferramentas eficientes para colaborar com esse serviço.

Figura 5.5-1 - Prontuário de Primeiro Atendimento

Figura 5.5-2 - Fluxo Emissão de Ficha de Atendimento do Usuário

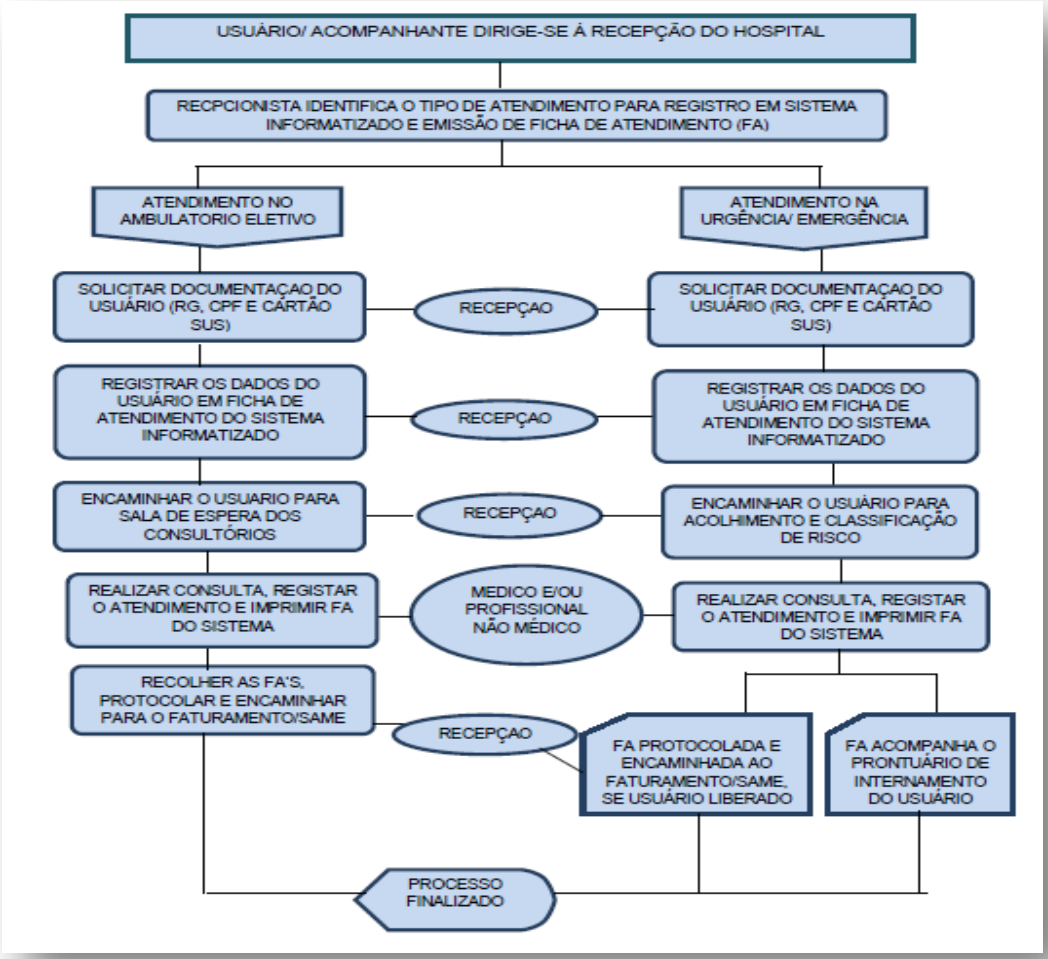


Figura 5.5-3 - Fluxo Organização do Prontuário do Usuário

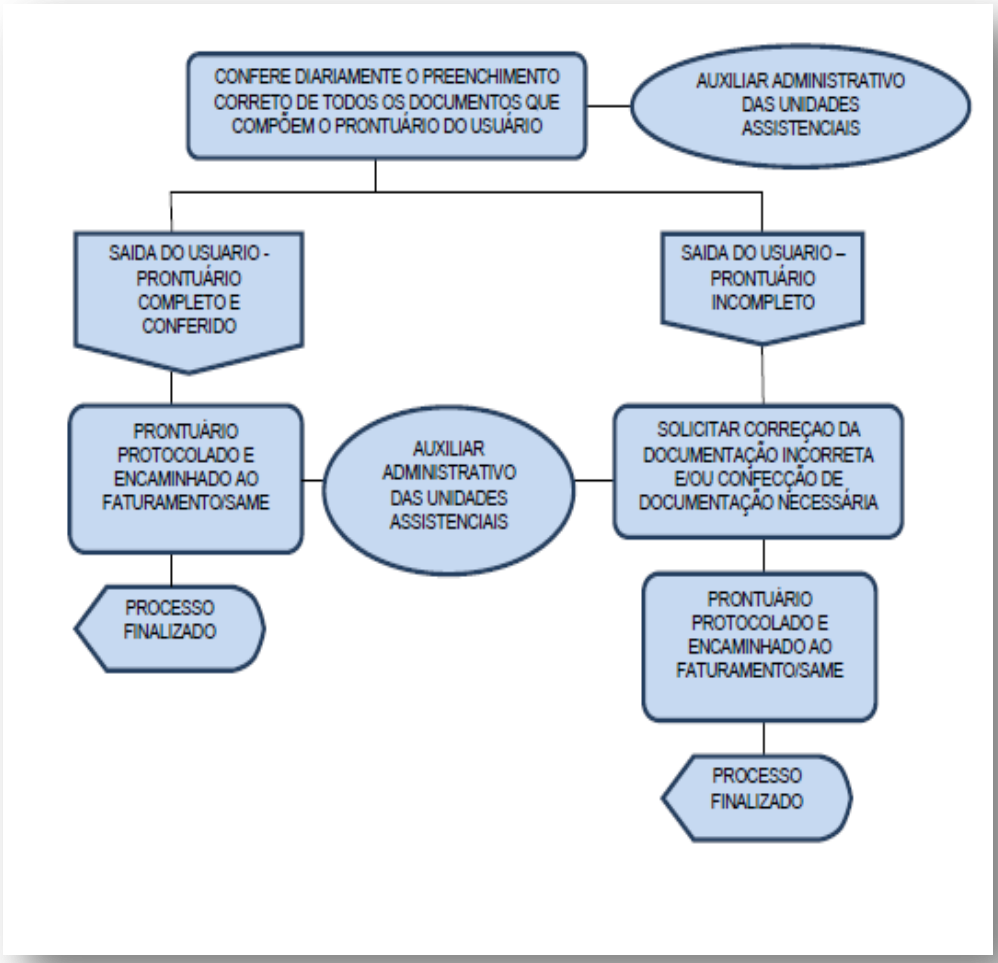


Figura 5.5-4 - Fluxo Consulta a Prontuário do Usuário para Pesquisas

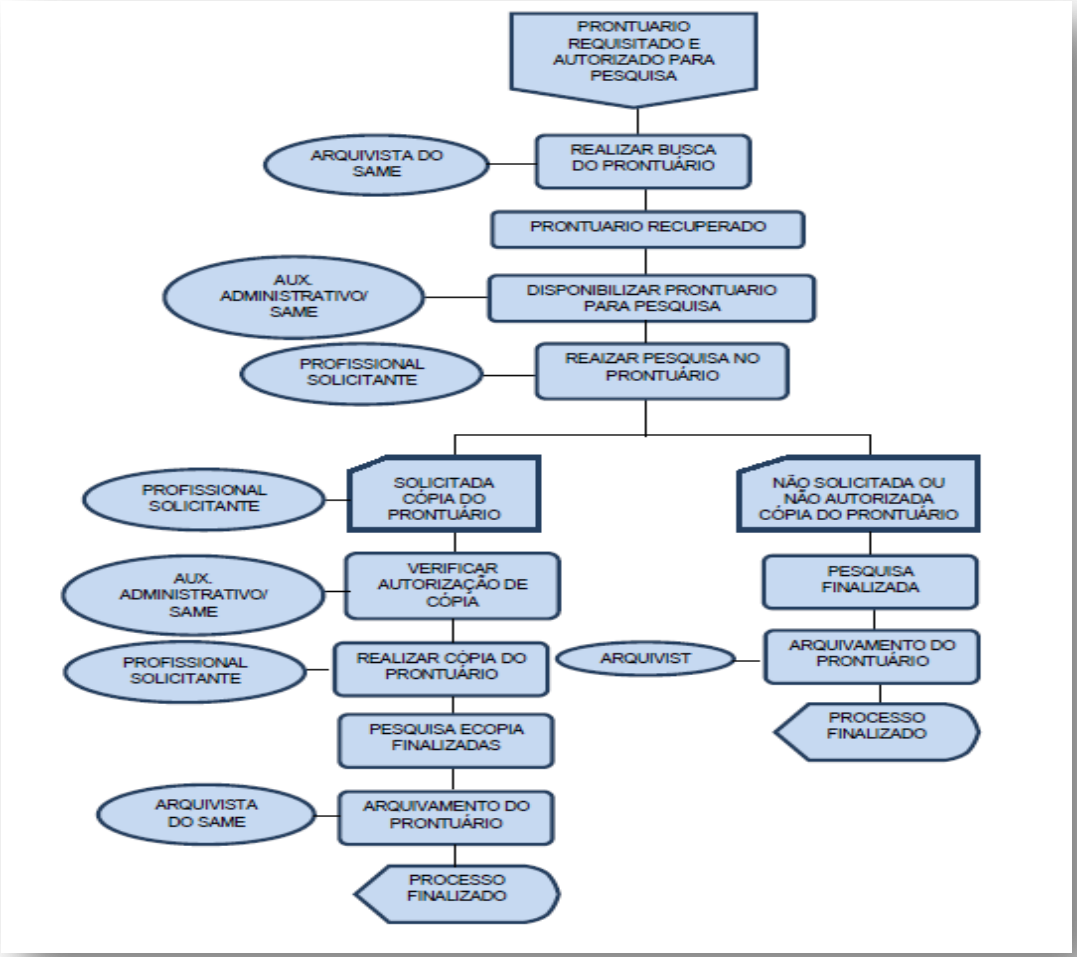


Figura 5.5-5 - Fluxo Consulta a Prontuário do Usuário para Fins Jurídicos

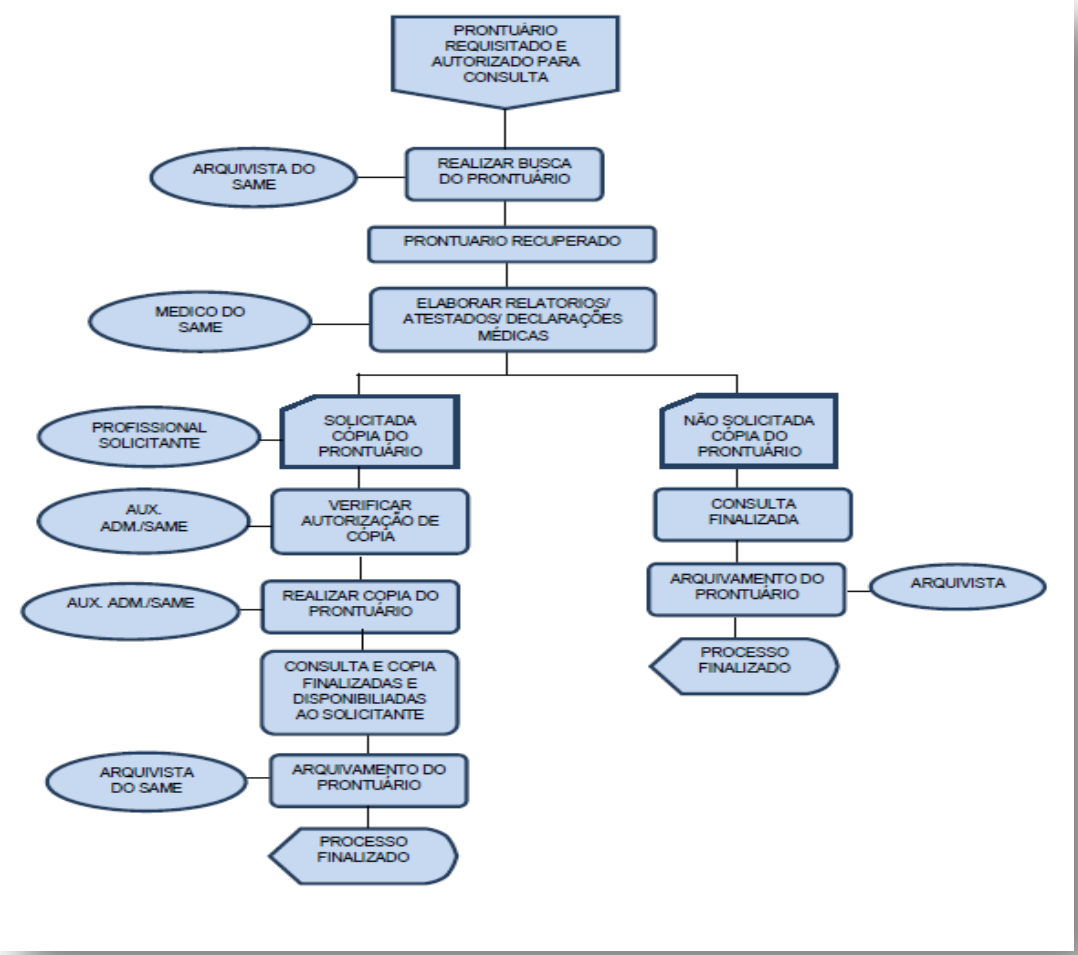


Figura 5.5-6 - Fluxo Consulta A Prontuário do Usuário para Continuidade de Tratamento

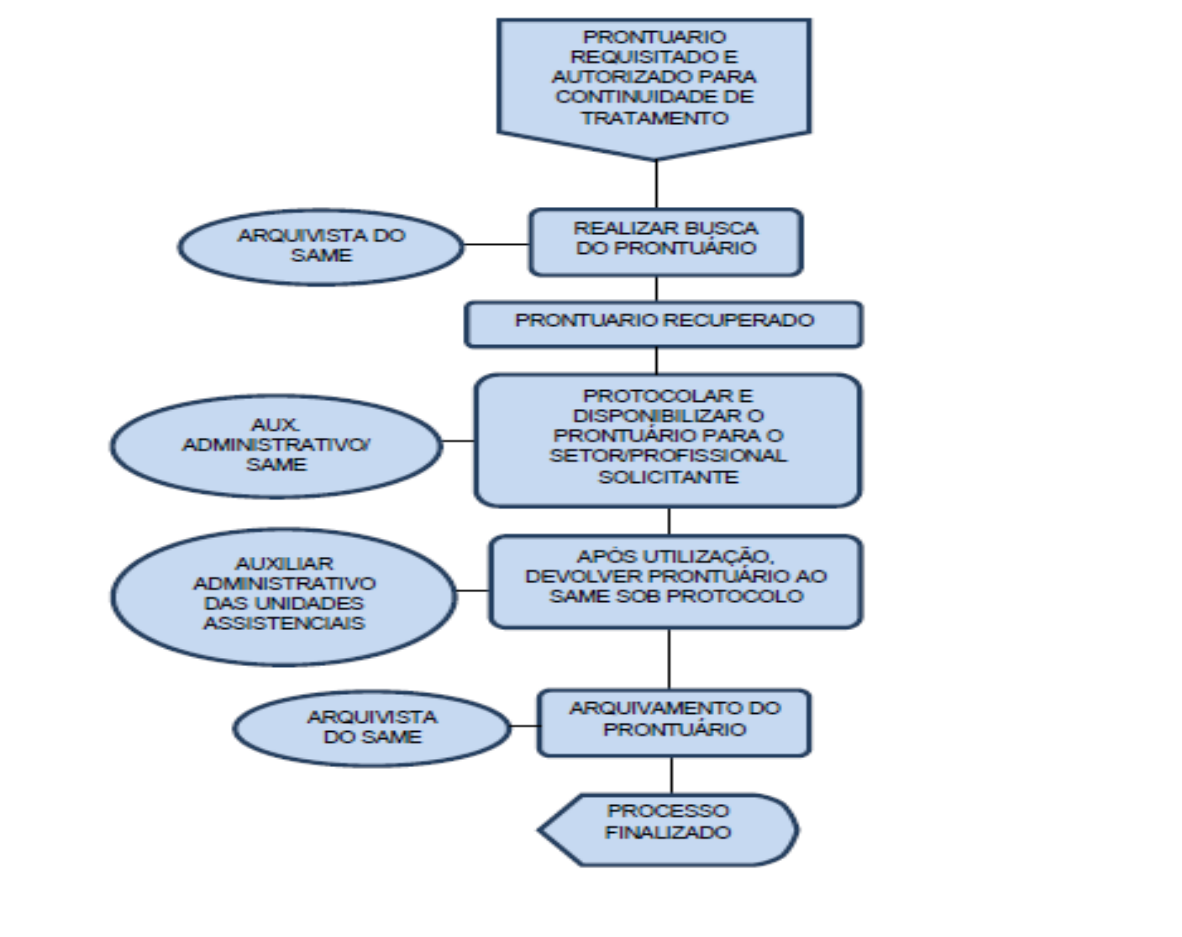


Figura 5.5-7 - Fluxo e Arquivamento de Documentos Administrativos

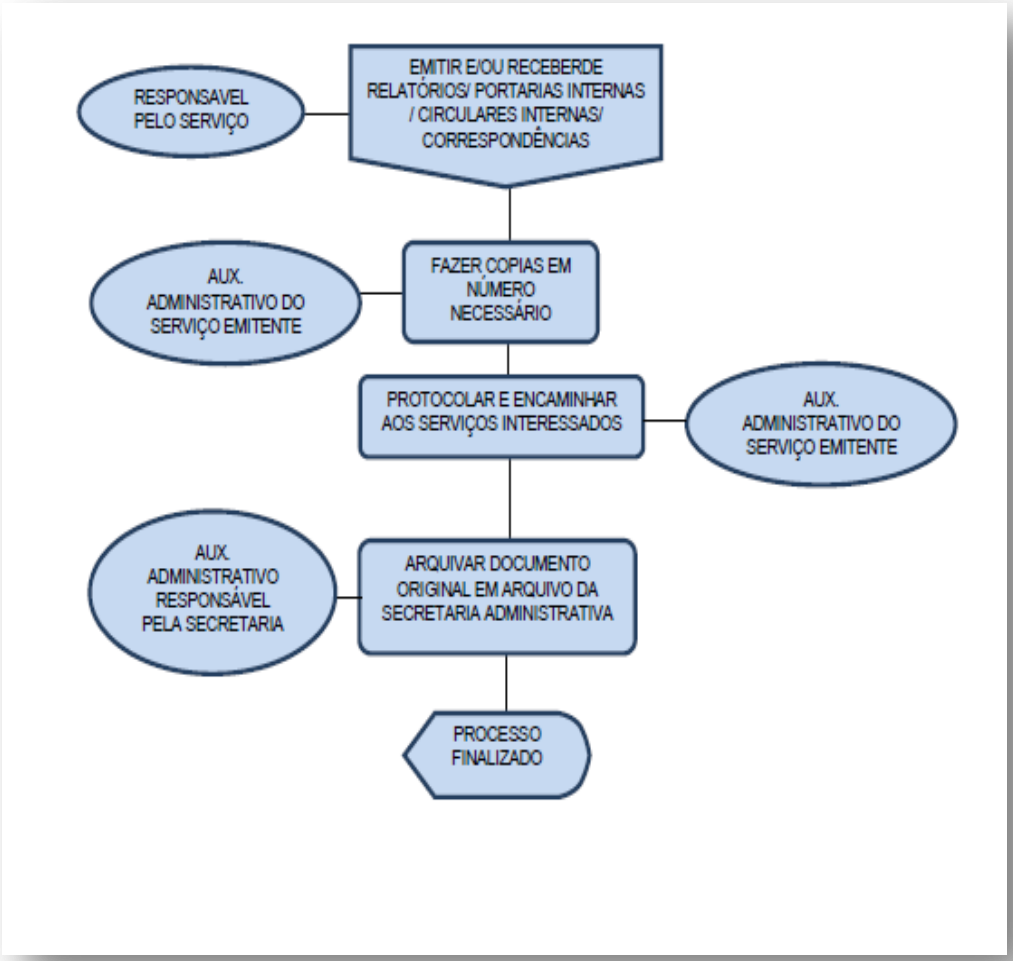
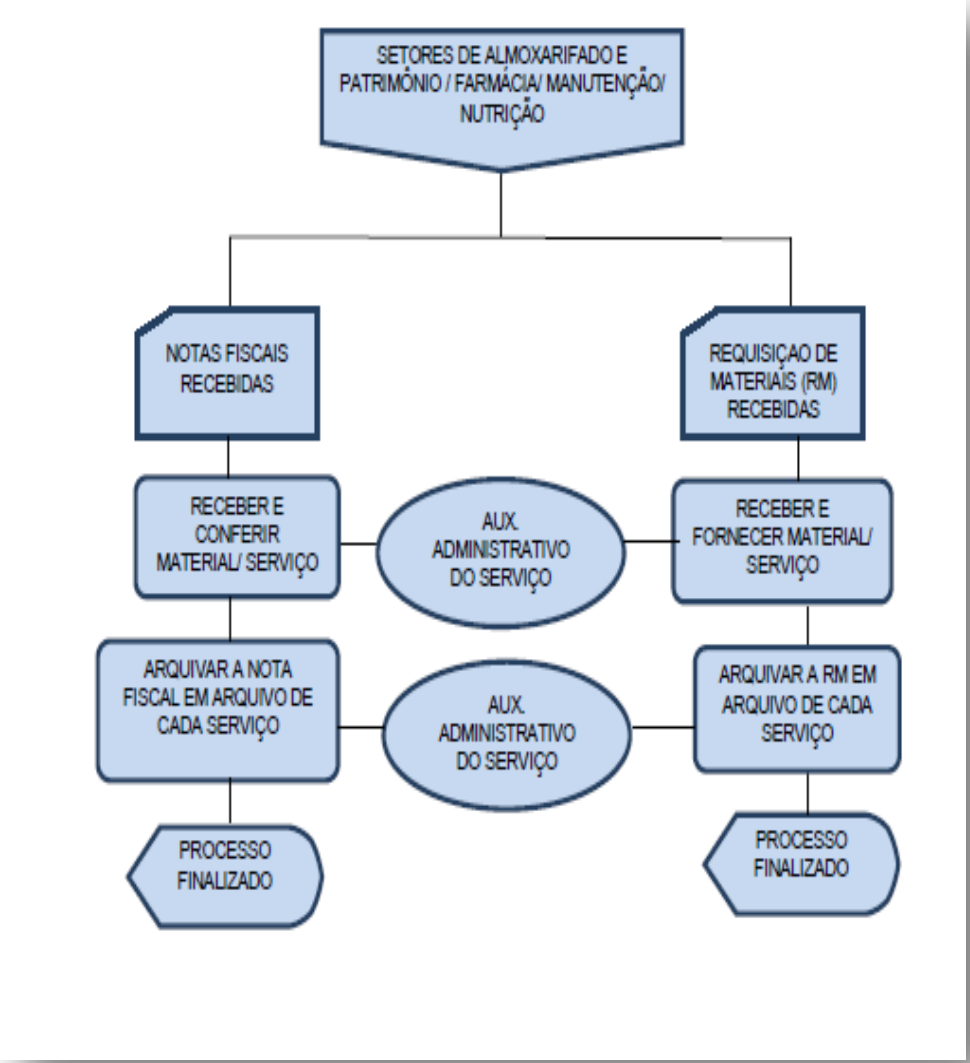


Figura 5.5-8 - Fluxo Circulação e Arquivamento de Requisições de Materiais e Notas Fiscais



6 IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO

A Gestão envolve o gerenciamento de sistemas da saúde, seus processos, pessoas, materiais e equipamentos. Essa atividade pode incluir também planejamento e controle de compras e custos, supervisão de contratos e convênios, diagnóstico e solução de problemas técnico-administrativos e desenvolvimento, inovação e aplicação de processos nessas unidades.

Visando sempre a melhorias e ao bem-estar dos pacientes, o Gerenciamento Hospitalar promove diversas mudanças na organização de saúde, desde identificação de oportunidades e definição de investimentos em determinadas áreas até redução de custos e do estoque, aumento da capacidade de produção e diminuição no tempo de resposta.

A Gestão Hospitalar é desafiadora. Os serviços de saúde são vistos muitas vezes como práticas antigas e tradicionais, que são desafiados a todo momento pela inovação tecnológica. Por isso, um bom gestor hospitalar precisa estar sempre atento às tendências de mercado e às atualizações tecnológicas.

A Gestão deve incluir também processos operacionais transparentes e que facilitem e otimizem a assistência. Algumas práticas auxiliam no alcance de uma organização sustentável, diminuindo os gargalos e fazendo com que a instituição funcione melhor.

Nesta proposta, o **INSV** tem como pressuposto desenvolver a melhor gestão dos serviços médico-hospitalares instalados no Hospital. Para isso, projeta implantar fluxos ágeis e sistemicamente interligados as rotinas da unidade de saúde **HERSO/ SES/GO.**

Figura 5.5-1 - HERSO

6.1 Proposta de Regimento Interno da Unidade Hospitalar - HERSO

CAPÍTULO I

DO HOSPITAL - DA PERSONALIDADE, GESTÃO, DENOMINAÇÃO, SEDE E FORO

Art. 1º. O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás – Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**) é uma unidade hospitalar da Secretaria do Estado de Goiás– SES, com personalidade jurídica de direito público, regendo-se pelas normas gerais da SES e do Sistema Único de Saúde – SUS.

§1 Para os fins desse Regimento Interno do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (**HERSO**) será administrado pelo **INSV**, pessoa jurídica de direito privado, com sede em Goiânia –GO.

§ 2 Na gestão do Hospital o **INSV** observará, além das Normas gerais do SUS e as diretrizes da SES, o seu Estatuto Social, o presente Regimento Interno e a legislação civil aplicável.

Art. 2º. O **HERSO** tem foro no município de Santa Helena de Goiás – Goiás.

CAPÍTULO II

DA POLÍTICA INSTITUCIONAL, DOS OBJETIVOS E DA MANUTENÇÃO DA POLÍTICA INSTITUCIONAL

Art. 3º. O **HERSO** é uma unidade hospitalar que tem por finalidade básica a promoção de ações assistenciais ligadas à área da saúde, assim como o desenvolvimento das seguintes atividades, dentre outras:

- A prestação de serviços hospitalares de urgência em ortopedia e traumatologia.
- A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o acolhimento ao Usuário.
- A produção, compilação e divulgação das informações e dos conhecimentos técnicos e científicos.
- A pesquisa e produção de produtos que visem à melhoria da qualidade devida do beneficiário do atendimento.
- O exercício de atividades, seja no campo médico, cirúrgico, hospitalar e social.

- A promoção e manutenção da saúde da comunidade dentro da filosofia do **HERSO** contando com participação de outros órgãos municipais e regionais de assistência à saúde.
- A elaboração e o desenvolvimento de programas específicos de assistência à comunidade com a participação de instituições e/ou entidades interessadas.

Art. 4º. O **HERSO** integra a política de urgência em clínica de ortopedia e traumatologia ao sistema local, regional e nacional de saúde visando assistência à saúde de referência e contra referência.

Art. 5º. No desempenho de suas atribuições institucionais do **HERSO** sob a gestão do **INSV**, atenderá as determinações da SES estabelecidas no Contrato de Gestão, em especial na definição do público-alvo, metas de produção, indicadores de qualidade e desempenho, transparências e outras a serem definidas pela SES.

Dos Objetivos

Art. 6º. O **HERSO** tem por objetivos gerais:

- Promover ações e prestar serviços que visem o atendimento à saúde, em especial as ocorrências de urgência em clínica de ortopedia e traumatologia.
- Proporcionar formação e aperfeiçoamento profissional, servindo de campo de pesquisa, ensino e treinamento de profissionais da área da saúde.

Da Assistência à Saúde

Art. 7º. O **HERSO** é uma unidade de média e baixa complexidade em pronto atendimento, que atua nos eventos de urgência em clínica de ortopedia e traumatologia.

Art. 8º. O **HERSO** é uma unidade de média e alta complexidade que atuará nos níveis assistenciais secundários e terciário de acordo com a hierarquização da entidade e a regionalização assistencial.

Art. 9º. A Assistência à Saúde será feita de forma integrada por uma equipe multiprofissional que prestará serviços de apoio ao diagnóstico terapêutico de pacientes internados e ambulatoriais, obedecendo a um critério de gravidade nosológica, de forma a proporcionar um tratamento progressivo aos usuários, ou até a necessidade de referenciá-lo.

Art. 10º. O **HERSO** integrado com os órgãos de saúde, procurará desenvolver programas específicos de assistência à comunidade, com instituições ou entidades interessadas.

Da Formação De Recursos Humanos na Área da Saúde

Art. 11. O **HERSO** constitui-se em campo de ensino prático, de maneira a contribuir com os objetivos curriculares dos cursos da área da saúde, conforme diretrizes da SMS.

Art. 12. O **HERSO** desenvolverá programas de educação em serviço, para as diferentes categorias de pessoal da área de saúde, obedecendo a planos específicos aprovados pela Diretoria Geral, a qualidade e mantendo o padrão de serviço da Instituição.

Da Realização De Pesquisas Científicas

Art. 13. O **HERSO** propiciará o desenvolvimento de projetos de pesquisas, obedecendo aos métodos e técnicas de investigação científica, desde que aprovados pela Diretoria responsável pela área envolvida na pesquisa e pela Diretoria Geral, segundo as diretrizes da SMS.

Da Manutenção

Art. 14. O **HERSO** será mantido com recursos oriundos de:

- Dotações orçamentárias atribuídas pelo Estado.
- Doações e contribuições a título de subvenção, concedidas por autarquias ou quaisquer pessoas físicas, jurídicas ou órgãos públicos.
- Outros recursos que por ventura lhe sejam destinados.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 15. A administração do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado –**HERSO** é composta de: Assembleia Geral dos Associados do **INSV**, Conselho de Administração, Diretoria e Superintendência do Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória.

CAPÍTULO IV

DA ASSEMBLEIA GERAL DOS ASSOCIADOS DO **INSV**

Art. 16. A Assembleia Geral dos Associados do **INSV**, órgão máximo de deliberação, resultante da reunião dos associados, convocada na forma do Estatuto, com poderes para deliberar sobre todos os assuntos e tomar as providências que julgar convenientes à sua defesa e ao seu desenvolvimento.

Art. 17. Caberá à Assembleia Geral:

- Zelar pelo cumprimento do presente Estatuto e deliberar sobre qualquer alteração do mesmo.
- Eleger ou indicar, quando lhe couber, membros do Conselho de Administração e, ainda, destituí-los.
- Deliberar sobre as contas, os balanços e relatórios da Superintendência Executiva.
- Julgar em instância superior os recursos interpostos das deliberações do Conselho de Administração.
- Exercer qualquer poder não expressamente atribuído a outro órgão.
- Deliberar sobre o destino a ser dado ao patrimônio do **INSV** no caso de dissolução, extinção ou desqualificação, observadas as especificidades estatutárias.

Parágrafo Único–As demais condições de existência e funcionamento da Assembleia Geral é objeto de detalhamento no Estatuto do **INSV**.

CAPÍTULO V

DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO **INSV**

Art. 18. O Conselho de Administração do **INSV** é Órgão Colegiado de decisão superior do instituto.

Art. 19. A o Conselho de Administração compete:

- Fixar o âmbito de atuação da Instituição, conforme legislação vigente.
- Aprovar o Programa de Investimentos e o Orçamento Geral da Instituição.
- Aprovar o Regimento Interno, que disporá, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e as respectivas competências.
- Aprovar, por maioria de no mínimo dois terços de seus membros, o Regulamento, contendo os procedimentos para contratação de obras, serviços, compras e alienações. Regulamento, contendo os procedimentos para obtenção de recursos humanos. e o

Plano de Cargos, Salários e Benefícios.

- Aprovar a proposta do contrato de gestão da entidade.
- Aprovar e encaminhar à Entidade Supervisor aos relatórios gerenciais dos contratos de gestão e de atividades da Instituição.
- Fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas. Autorizar a realização de operações de crédito.
- Autorizara alienação, locação, oneração ou permuta de bens imóveis, assim como a doação de bens móveis, pertencentes ao patrimônio exclusivo da Instituição.
- Solicitar, quando necessário, à Superintendência Executiva, meios para o exercício de suas atividades.
- Aprovar, por maioria absoluta dos membros, seu Regimento Interno. Convocar por maioria de seus membros, a Assembleia Geral. Deliberar sobre a exclusão de sócio, especificando seus motivos, contratar e dispensar os Superintendentes.
- Fixar a remuneração dos Superintendentes.

Parágrafo Único - O Conselho de Administração é objeto de detalhamento no Estatuto.

CAPÍTULO VI

DA DIRETORIA DO **INSV**

Art. 20. A Diretoria do **INSV** é órgão de administração superior, com poderes inerentes a administração e representação legal do **INSV**, competindo-lhe:

- Expedir normas gerais necessárias à execução das atividades do **INSV**.
- Cumprir e fazer cumprir o Estatuto e as normas e deliberações da Assembleia Geral.
- Submeter ao Conselho de Administração a criação ou extinção de órgãos administrativos de qualquer nível, locais ou situados nas filiais, sucursais ou unidades outras sob a administração do **INSV**.
- Realizar acordos, ajustes e contratos, inclusive os que constituam ônus, obrigações ou compromissos para o **INSV**.
- Encaminhar balancetes e prestações de contas para apreciação e aprovação do Conselho Fiscal, Conselho de Administração, Assembleia Geral e demais Órgãos ou autoridades públicas a que esteja obrigado por força de comando normativo.
- Propor à Assembleia Geral a participação no capital de empresas, cooperativas, condomínio ou outra forma de associativismo.

- Submeter ao Conselho de Administração as diretrizes, planejamento e políticas de pessoal do **INSV**.
- Representar o **INSV** ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente.
- Movimentar, em conjunto, com o Diretor-Tesoureiro os recursos financeiros do **INSV**, assinando os documentos atinentes à movimentação dos mesmos, podendo delegar tais atribuições.
- Desempenhar suas atividades em harmonia com as Superintendências, garantindo o pleno funcionamento do **INSV** no alcance dos objetivos, finalidades e proposições emanadas da Assembleia Geral e do Conselho de Administração.

CAPÍTULO VII

DA SUPERINTENDÊNCIA DO **INSV**

Art. 21. A Superintendência do **INSV** é o órgão de gerência pela coordenação de todas as atividades do **INSV** relativa são planejamento, promoção, supervisão, controle e avaliação, subordinado ao Conselho de Administração.

CAPÍTULO VIII

DA DIRETORIA DO **HERSO**

Art. 22. A Diretoria do **HERSO** é o órgão operacional que exerce os poderes legais inerentes à administração e responde pela gestão de todos os serviços realizados na unidade hospitalar, com a seguinte composição:

- Diretoria Geral da Unidade
- Diretoria Técnica
- Diretoria Administrativa e Financeira
- Diretoria de Ensino e Inovação Tecnológica

Da Diretoria Geral da Unidade

Art. 23. A Diretoria Geral da Unidade é estrutura subordinada a Superintendência Executiva do **INSV**, responsável pela administração geral do **HERSO**.

§ 1º O titular da Diretoria Geral é o executor das decisões superior e conservando autonomia administrativa no desenvolvimento das atividades rotineiras da Unidade Hospitalar.

§ 2º O titular da Diretoria Geral é de livre escolha, nomeação e dispensa do Superintendente Executivo do **INSV**, ouvido o Conselho de Administração do **INSV**, devendo a sua designação recaírem profissional médico, preferencialmente com experiência em administração de unidade hospitalar, com especialização desejável em Administração Hospitalar.

§ 3º A Diretoria Geral da Unidade contará com a seguinte estrutura:

- Serviços de Apoio
- Comissões, núcleos e comitês

Serviços de Apoio

Art. 24. Os serviços de apoio poderão ser compostos por:

- Secretaria Geral
- Supervisão Jurídico
- Supervisão de Auditoria
- Supervisão de Planejamento
- Supervisão da qualidade
- Assessoria de comunicação
- Ouvidoria e SEPRU

Secretaria Geral

Art. 25. A Secretaria Geral é um serviço subordinado à Diretoria Geral da Unidade, responsável pela preparação, registro, recebimento, distribuição e expedição de correspondências, malotes e outros, bem como pelo arquivamento geral dos documentos do hospital, além de auxiliar o Diretor Geral naquilo que lhe competir.

Art. 26. À Secretaria Geral compete:

- Promover o recebimento, distribuição, expedição e o arquivamento dos expedientes assinados ou despachados pela Diretoria, bem como as resoluções de reuniões e os despachos, quando for ocaso.
- Registrar em livros próprios as resoluções e outros atos da Diretoria.

- Divulgar, aos interessados, os atos da administração do **HERSO**.
- Organizar, administrar e manter os arquivos do **HERSO**.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - O titular da Secretaria Geral é um profissional, preferencialmente de nível superior, com experiência em secretaria Geral com domínio de documentos oficiais na área de secretariado geral.

Supervisão de Planejamento

Art. 27. A Supervisão de Planejamento é o serviço de apoio subordinado à Diretoria Geral da Unidade, responsável pelo acompanhamento do cumprimento das diretrizes e metas contratuais definidas pelos órgãos superiores e pelo planejamento dos serviços do **HERSO**.

Art. 28. À Supervisão de Planejamento compete:

- Acompanhar e monitorar as ações realizadas pelas áreas e empresas contratadas, avaliando os resultados a curto, médio e longo prazo, propondo intervenções no curso do andamento das ações para a viabilização dentro das metas e cronogramas estabelecidos.
- Participar, quando necessário, das reuniões da Diretoria, das equipes e com as empresas contratadas, para o planejamento e estabelecimento das diretrizes, prazos e padrões de qualidade.
- Responder pelos subsídios, argumentos técnicos ADM e relatórios gerenciais necessários para as definições estratégicas e a concretização dos objetivos propostos.
- Traçar o posicionamento estratégico do **HERSO** frente a comunidade local.
- Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pelo contrato do **INSV** com a SES;
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão de Planejamento será ocupada exclusivamente por um profissional graduado em Administração de Empresas ou Economia habilitado legalmente para o exercício da profissão.

Supervisão Jurídica

Art. 29. A Supervisão Jurídica é o serviço de apoio jurídico subordinado à Diretoria Geral da Unidade, responsável pela orientação nas questões de natureza jurídica institucional, trabalhista, tributária, comercial e outras.

Art. 30. A Supervisão Jurídica compete:

- Acompanhar processos nas esferas administrativas ou judiciárias, promovendo a defesa dos interesses da Instituição.
- Elaborar pareceres, orientar e produzir documentos, segundo as necessidades e solicitações da Administração do **HERSO** nas questões de natureza jurídica ou correlata.
- Controlar e garantir a transparência, legalidade e regularidade dos processos administrativos.
- Manter banco de dados com as alterações e atualizações da legislação vigente, pertinente a Instituição.
- Auxiliar a Gerência de Recursos Humanos na elaboração de cursos de capacitação e na produção de material sobre temas específicos do Direito.
- Coordenar as atividades inerentes à política de controle dos contratos de prestação de serviços do **HERSO**.
- Disponibilizar, regularmente, relatórios das atividades à Superintendência Executiva do **INSV**.
- Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela Assessoria Jurídica do **INSV**.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Supervisão Jurídica será ocupada exclusivamente por um profissional Advogado, habilitado legalmente para o exercício da profissão.

Supervisão de Auditoria

Art. 31. A Supervisão de Auditoria É o serviço de apoio contábil de auditoria subordinado à Diretoria Geral da Unidade, responsável pela orientação nas questões de natureza contábil de auditoria institucional, trabalhista, tributária, comercial e outras.

Art. 32. A Supervisão de Auditoria compete:

- Acompanhar e fiscalizar os processos administrativos internos apontando as inconsistências e sugerindo sua correção.
- Apoiar as ações da Diretoria fiscalizando os atos praticados quanto a sua correção.
- Fiscalizar legalidade contábil dos processos administrativos.
- Disponibilizar, regularmente, relatórios das atividades à Superintendência Executiva do **INSV**.
- Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela Auditoria Internado **INSV**.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Auditoria será ocupada exclusivamente por um profissional qualificado para o desempenho das atividades de ISSO 19.011 e ONA

Supervisão de Ouvidoria / SEPRU

Art. 33. A Supervisão de Ouvidoria /SAU é o Serviço de Apoio Ouvidoria do SUS subordinado à Diretoria Geral da Unidade, responsável pela orientação nas questões de natureza de ouvidor SUS e outras.

Art. 34. A Supervisão de ouvidoria /SAU compete:

- Receber, catalogar e tratar as reclamações, críticas e sugestões.
- Manter a Diretoria informada acerca das demandas.
- Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela Ouvidoria do **INSV**.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Supervisão de Ouvidoria /SAU será ocupada exclusivamente por um profissional qualificado para o desempenho das atividades com curso de formação em ouvidoria do SUS.

Assessoria de Comunicação

Art. 35. A Assessoria de Comunicação É o serviço de apoio de comunicação subordinado à Diretoria Geral da Unidade, responsável pela orientação nas questões de natureza de publicitaria e outras.

Art. 36. A Assessoria de Comunicação compete:

- Redigir, condensar, interpretar, organizar e coordenar notícias e textos a respeito de acontecimentos políticos, sociais e econômicos de interesse da Câmara, a serem divulgados em jornais, rádio, televisão e internet,
- Possibilitar a divulgação de notícias de interesse público e de fatos e acontecimentos da atualidade que digam respeito à atuação do **HERSO** ou com ela possam interferir;
- Analisar e comentar os assuntos de interesse do **HERSO**;
- Elaborar, executar e acompanhar os processos de confecção de material de divulgação das ações e atividades do **HERSO**;
- Assessorar e preparar campanhas de divulgação do trabalho do **HERSO**, enviando material jornalístico (releases. Folders, panfletos e outros);
- Estabelecer contatos com veículos de comunicação para veiculação das notícias sobre o **HERSO**;
- Manter o arquivo de informações sobre o **HERSO**;
- Analisar textos e campanhas elaborados por terceiros contratados;
- Fiscalizar as atividades de publicidade, divulgação e inserção realizadas por terceiros contratados;
- Promover entrevistas ou encontros de interesse do **HERSO**;
- Atuar, prestar apoio e colaboração por ocasião de atos e solenidades públicas;
- Preparar minuta de pronunciamentos oficiais, na forma solicitada pelo Diretor Geral ou demais membros do **HERSO**;
- Registrar, fotograficamente, os acontecimentos e eventos **HERSO**;
- Planejar e conduzir pesquisas de opinião pública;
- Acompanhar as atividades da unidade, confeccionando as matérias jornalísticas a serem oficialmente veiculadas;
- Prover a gravação dos pronunciamentos dos Diretores nos eventos do **HERSO** e fora da unidade;
- Executar outras tarefas correlatas e inerentes às responsabilidades da Assessoria de Comunicação do **HERSO**.

Parágrafo Único - A Assessoria de Comunicação será ocupada exclusivamente por um profissional qualificado, formação superior cm Comunicação Social, Jornalismo, Publicidade e Propagando ou Relações Públicas.

Comissões, Núcleos e Comitês

Art. 37. As Comissões, Núcleos e Comitês são compostas de:

- Ética Médica
- Ética em enfermagem
- Ética multiprofissional
- Comissão CCIH
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Comissão CIPA
- Comissão de Documentação Médica e Estatística
- Comissão de Proteção Radiológica
- Comissão de Biossegurança
- Comissão COREME
- Comissão COREMU
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde
- Comissão interna da qualidade
- Comissão de Padronização de Produtos de Saúde
- Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele
- Comissão de Controles Internos
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários
- Comissão do SESMT
- Comissão de Equipe Multiprofissional e Terapia Nutricional
- Comissão intra hospitalar para Doação de Órgão e Tecidos para transplante
- Comissão de Acidentes com Materiais Biológicos
- Comissão intra hospitalar de hemoterapia
- Comissão Regional de Sistema de Informação do Câncer
- Comissão de análise de contratos terceirizados
- Comissão permanente de desfazimento de bens

- Comissão de Humanização Hospitalar
- Comitê de Ética e Pesquisa Cientifica
- Comitê de Transfusional
- Comitê de Pacientes de Risco de Longa Permanência Hospitalar
- Comitê de compliance
- Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica
- Núcleo de Interno De Regulação
- Entre outras.

Da Diretoria Técnica

Art. 38. A Diretoria Técnica é o órgão que aplica a Política Técnica-Ética- Administrativa, traçada para a condução operacional da Unidade Hospitalar.

Parágrafo Único - O titular da Diretoria Técnica é o executor das decisões superiores conservando autonomia administrativa no desenvolvimento das atividades assistenciais rotineiras e está subordinada à Diretoria Geral da Unidade.

Art. 39. À Diretoria Técnica compete:

- Coordenar e superintender todas as atividades do **HERSO** relativas ao planejamento, promoção, supervisão, controle e avaliação das assistências.
- Responder pela gestão de todos os serviços realizados no **HERSO**.
- Organizar internamente o funcionamento das gerências sob sua responsabilidade, conforme a natureza e complexidade das atividades assistenciais.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - O titular da Diretoria Técnica é de livre escolha, nomeação e dispensa do Superintendente Executivo do **INSV**, ouvido o Conselho de Administração do **INSV**, devendo a sua designação recair sobre profissional médico, com registro no conselho de classe /CREMEGO.

Art. 40. A Diretoria Técnica, quando necessário, é composta de:

- Gerência Médica

- Gerência Operacional de Enfermagem
- Gerência operacional da equipe multiprofissional
- Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT)
- E/ou outros cargos de coordenação e supervisão para as áreas correspondentes.

Gerência Operacional de Enfermagem

Art. 41. É a estrutura subordinada à Diretoria Técnica encarregada de planejar, organizar, dirigir e supervisionar as atividades de enfermagem na assistência ao paciente nas áreas preventiva e curativa, realizar e auxiliar pesquisas, colaborar com programas de ensino.

Art. 42. À Gerência Operacional de Enfermagem compete:

- Executar todas as atividades específicas e auxiliares da equipe de Enfermagem do **HERSO**.
- Atender aos pacientes do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado –**HERSO** através do planejamento terapêutico de Enfermagem e das atividades auxiliares à equipe multiprofissional.
- Definir as atribuições de seu pessoal.
- Manter elevado padrão de Enfermagem, através do planejamento da assistência humanizada, promovendo as condições necessárias para tal.
- Colaborar com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Qualidade, Comissão de Padronização, e outras que vierem a existir, no planejamento e implantação de ações.
- Colaborar com a formação de profissionais promovendo campo de estágio para os alunos.
- Realizar, estimular e colaborar em pesquisas na área da saúde.
- Participar dos programas e atividades da equipe multiprofissional do **HERSO**.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal.
- Outras atividades correlatas.

§ 1º A Gerência Operacional de Enfermagem é exercida por profissional Enfermeiro de preferência com título de especialista em administração hospitalar, com registro no conselho/COREN.

§ 2º Em suas faltas ou impedimentos legais, o Gerente Operacional de Enfermagem será substituído por um Enfermeiro pertencente ao quadro da Instituição, por ele indicado e designado pelo Diretor Geral da Unidade.

Art. 43. A Gerência Operacional de Enfermagem é composta por:

- Supervisão do Serviço de Urgência
- Supervisão da Internação
- Supervisão do Centro Cirúrgico/RPA
- Supervisão do ambulatório
- Supervisão da UTI
- Supervisão de CME
- Supervisão do NIR

Supervisão do Serviço de Urgência

Art. 44. A Supervisão do Pronto Atendimento, composta pelos serviços de Pronto Atendimento, Triagem, Pronto Socorro e Reanimação e Ambulatório, compete:

- Recepcionar e prestar atendimento imediato de enfermagem aos pacientes externos para exames e tratamentos.
- Proceder as primeiras providências necessárias à preservação da vida.
- Realizar consulta identificando as causas e efeitos em motivos que ocasionaram o evento.
- Participar, junto com os demais membros da equipe multiprofissional, nos diversos programas de atendimento aos clientes do **HERSO**.
- Distribuir prontuários das consultas agendadas, de acordo com as especialidades.
- Prestar aos usuários, informações e orientações inerentes ao serviço.
- Prover a manutenção dos consultórios com materiais e equipamentos adequados para os atendimentos.
- Proporcionar a correta manutenção do material e equipamentos para garantir condições de uso imediato.
- Controlar os prontuários sob sua responsabilidade.
- Apresentar relatório mensal de suas atividades à Gerência de Enfermagem.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão do Pronto Atendimento é exercida exclusivamente, por profissional graduado em Enfermagem, com registro no conselho COREN

Supervisão da Internação

Art. 45. A Supervisão da Internação é a estrutura subordinada à Gerência Operacional de Enfermagem, destinada a oferecer assistência de enfermagem integral e especializada aos pacientes internos, em tratamento.

Art. 46. A Supervisão do de Internação Compete:

- Proporcionar assistência ao paciente internado.
- Proporcionar ambiente seguro e confortável, necessário à manutenção das condições físicas e psicológicas.
- Elaborar e executar o plano terapêutico de enfermagem, as prescrições médicas e de outros membros da equipe multiprofissional, quando for ocaso.
- Manter estoque de material e medicamentos necessários para o bom funcionamento do serviço fazendo controle diário e periódico dos mesmos.
- Manter sob sua guarda e responsabilidade, os prontuários dos pacientes internados.
- Manter o controle dos pacientes internados, através de registros no prontuário, censo diário e comunicação com os serviços competentes.
- Colaborar com os Serviços de Nutrição, Processamento de Roupas e Higienização.
- Manter ambiente de trabalho harmonioso, observando os princípios da ética profissional e a filosofia multiprofissional.
- Apresentar relatórios das atividades da supervisão de internação à Gerência de Enfermagem.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão do Serviço de Internação ao Paciente será exercida exclusivamente, por profissional graduado em Enfermagem, com registro COREN.

Supervisão De Centro Cirúrgico/RPA

Art. 47. A Supervisão de Centro Cirúrgico/RPA é estrutura subordinada à Gerência Operacional de Enfermagem destinada às atividades cirúrgicas programadas, bem como à recuperação anestésica, pós-anestésica e pós-operatória imediata e serão operacionalizadas por profissional graduado em Enfermagem, Técnico em Enfermagem e Instrumentador Cirúrgico.

Art. 48. À Supervisão de Centro Cirúrgico/RPA compete:

- Atender a equipe cirúrgica durante o ato operatório.
- Executar as tarefas próprias, de acordo com as técnicas exigidas.
- Prestar assistência integral ao paciente anestesia do ou não, até que seja determinado seu retorno ao setor de origem.
- Manter em condições de funcionamento o equipamento das salas cirúrgicas.
- Manter medicamentos, inclusive de urgência, bem como demais materiais, em estoque suficiente e em condições que favoreçam o uso imediato.
- Manter controle rigoroso da limpeza do ambiente.
- Observar rigorosamente a rotina específica para o preparo e atendimento nas salas cirúrgicas.
- Manter registro de todas as atividades realizadas, suspensas, através de anotações no prontuário, censo diário, mapa de procedimentos, registro em formulários específicos.
- Manter ambiente de trabalho harmonioso, observando os princípios da ética profissional e a filosofia da multiprofissional idade.
- Avaliar atentamente o estado de consciência e as condições hemodinâmicas do paciente no período de recuperação pós-anestésica, com o objetivo de detectar precocemente os sinais de complicações pós-operatórias.
- Promover assistência adequada para recuperação da consciência e estabilidade dos sinais vitais do paciente.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão de Centro Cirúrgico será exercida exclusivamente, por profissional graduado em Enfermagem.

Supervisão De CME

Art. 49. A Supervisão do Serviço de CME é estrutura subordinada à Gerência de Enfermagem destinada à recepção, limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda, distribuição e controle de materiais esterilizados, necessários às atividades do Hospital e suas atividades serão executadas por profissional graduado em Enfermagem e Técnico de Enfermagem.

Art. 50. A Supervisão do Serviço de CME compete:

- Receber, limpar, acondicionar, esterilizar e guardar o instrumental, roupas e demais materiais que necessitem ser esterilizados.
- Preparar as caixas de instrumental para cirurgias de acordo com as listas atualizadas, segundo as orientações do Enfermeiro Supervisor.

- Controlar e distribuir o material esterilizado para os setores do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado –**HERSO** que os utilizam.
- Providenciar revisões periódicas dos aparelhos e equipamentos esterilizadores, mantê-los em perfeito funcionamento, controlando-os mediante provas de laboratório, gráficos próprios e meios químicos.
- Controlar e coordenar o preparo e esterilização de materiais e instrumentos, devendo esta atividade ser desenvolvida por um enfermeiro.
- Comunicar qualquer eventualidade que ocorra e que possa interferir no bom andamento das rotinas das salas de procedimentos cirúrgicos.
- Registrar e apresentar relatório mensal de todas as atividades da CME à Gerência de Enfermagem.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão do serviço de CME será exercida exclusivamente, por profissional graduado em Enfermagem.

Supervisão do Ambulatório

Art. 51. A Supervisão de Ambulatório é estrutura subordinada à Gerência Operacional de Enfermagem destinada às atividades ambulatórias programadas e serão operacionalizadas por profissional graduado em Enfermagem.

Art. 52. A Supervisão do Ambulatório compete:

- Recepcionar e prestar atendimento ambulatorial de enfermagem aos pacientes externos para exames e tratamentos.
- Proceder as providências necessárias à preservação classificação de risco
- Realizar consulta identificando as causas e efeitos em motivos que ocasionaram o evento.
- Participar, junto com os demais membros da equipe multiprofissional, nos diversos programas de atendimento aos clientes do **HERSO**.
- Distribuir prontuários das consultas agendadas, de acordo com as especialidades.
- Prestar aos usuários, informações e orientações inerentes ao serviço.
- Prover a manutenção dos consultórios com materiais e equipamentos adequados para os atendimentos.
- Proporcionar a correta manutenção do material e equipamentos para garantir condições

de uso imediato.

- Controlar os prontuários sob sua responsabilidade.
- Apresentar relatório mensal de suas atividades à Gerência de Enfermagem.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão do Ambulatório é exercida exclusivamente, por profissional graduado em Enfermagem.

Supervisão do Serviço do NIR

Art. 53. A Supervisão do Serviço de NIR, é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada ao Hospital durante o processo de internação, sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Centrais de Regulação do Estado, Unidades de Saúde e alta gestão do Hospital **HERSO**, além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

Art. 54. A Supervisão do Serviço de NIR compete:

- Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;
- Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais, para que estes sejam discutidos na alta gestão;
- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, em ambulatório, cirurgia e internação;
- Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde – RAS) junto a alta gestão, que permitam o planejamento da adequação do perfil de leitos hospitalares ofertados;
- Otimizar a utilização dos leitos, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados para a RAS;
- Estabelecer e monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar;
- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão do hospital desempenhadas pelas equipes assistenciais
- Ser referência Hospitalar para a regulação de leitos;

- Disponibilizar a necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- Gerenciar as diferentes ofertas de serviços de ambulatório, cirúrgico e internação;
- Estabelecer mecanismos de apoio e controles necessários das atividades da equipe;
- Gerenciar monitoramento dos resultados, painel de indicadores, realizar análise crítica de resultados, propondo ações de melhoria;
- Definir junto às equipes médicas e chefias de unidades na criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;
- Contribuir na implantação e acompanhamento dos mecanismos de gestão da unidade hospitalar;
- Contribuir junto ao setor de Educação Continuada e Qualidade, na definição dos fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar;
- Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar;
- Estimular o cuidado horizontal dentro da instituição;
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável.

Supervisão da UTI

Art. 55. A Supervisão da UTI é estrutura subordinada à Gerência de Enfermagem destinada às atividades da unidade de terapia intensiva programadas e serão operacionalizadas por profissional graduado em Enfermagem.

Art. 56. A Supervisão da UTI compete:

- Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas na unidade de terapia intensiva, de forma democrática, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe e estudantes;
- Participar, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem, na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem da Semi-intensiva;
- Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem Auxiliar/Técnico e Enfermeiro;
- Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem;
- Integrar a Semi-intensiva com os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional;
- Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição;
- Manter a equipe de enfermagem atualizada, organizando ciclos de atualizações, em

consonância com a equipe Médica e registrando informes em livro de relatório;

- Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor, registrando cuidadosamente todos os assuntos discutidos em livro ata destinado exclusivamente a este fim;
- Organizar, incentivar e participar de confraternizações em datas especiais e aniversários, de todos os membros da equipe;
- Encaminhar comunicações de troca à coordenação de Enfermagem seguindo sempre as determinações desta;
- Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas relacionados no livro de relatório;
- Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais;
- Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem;
- Supervisionar a arrumação do armário de reserva de medicamentos e materiais;
- Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de equipamentos de reserva;
- Controlar saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição;
- Manter lista de equipamentos existentes na unidade devidamente atualizada;
- Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem;
- Providenciar a realização de exames complementares a serem realizados fora da instituição;
- Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento da unidade;
- Fazer censo mensal;
- Realizar relatório, anualmente e sempre que necessário, para a Coordenação de Enfermagem, documentando fatos, atividades e desempenho anual, sugerindo atitudes em conformidade com a equipe de enfermagem;
- Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos;
- Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores do hospital;
- Coordenar e supervisionar estágios de profissionais de saúde no seu serviço;
- Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade do mesmo.

Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Terapia

Art. 57. A Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Terapia é a estrutura subordinada à Diretoria Técnica, destinada à promoção de exames gráficos, farmácia clínica, nutrição clínica e fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, radiológicos e de análises clínicas, necessários ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e evolução dos pacientes.

Art. 58. À Gerência de Apoio ao Diagnóstico compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as ações necessárias e indispensáveis ao bom desempenho das atividades inerentes ao serviço.
- Contribuir para o programa de educação continuada, pesquisas e estudos científicos do corpo técnico.
- Emitir relatórios mensais à Superintendência Técnica, sobre as atividades desenvolvidas nos Serviços.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Planejar e controlar a política de insumos necessários ao bom desempenho das atividades do setor.
- Controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal. Outras atividades necessárias ao bom desempenho dos serviços.

Parágrafo Único – A Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Terapia é exercida por profissional de nível superior, preferencialmente, graduado em medicina.

Art. 59. A Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento é composta por:

- Supervisão de Análises Clínicas;
- Supervisão de Imagiologia/ Endoscopia;
- Supervisão da Agencia Transfusional;
- Supervisão de Farmácia;
- Supervisão de Nutrição e Dietética;
- Supervisão da equipe multiprofissional (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social)

Supervisão de Análises Clínicas

Art. 60. A Supervisão de Análises Clínicas, é a estrutura, subordinada à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Terapia destinada à prestação de serviços em atenção à saúde, notadamente na organização dos serviços de realização de exames necessários ao diagnóstico, acompanhamento e evolução do tratamento dos usuários.

Art. 61. À Supervisão de Análises Clínicas compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as ações necessárias ao bom desempenho das atividades inerentes ao serviço.
- Recepcionar o usuário, orientando-o quanto aos cuidados necessários à coleta.
- Processar a coleta das amostras de materiais necessários à realização dos exames.
- Realizar os exames dentro das normas técnicas e emitir laudos dos resultados dos mesmos.
- Providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços. Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Emitir relatórios mensais à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento, sobre as atividades desenvolvidas na unidade.
- Contribuir para o programa de educação continuada, pesquisas e estudos científicos do corpo técnico.
- Abrir campo de estágio para os alunos das Instituições de Ensino Superior. Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão de Análises Clínicas é exercida por profissional graduado em Biomedicina ou Bioquímica, preferencialmente, com especialização relacionada à área de Análises Clínicas.

Da Supervisão De Farmácia Hospitalar

Art. 62. A Supervisão de Farmácia Hospitalar é a estrutura clínica de assistência técnica subordinada à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento, destinada a atender toda a comunidade do **HERSO** no âmbito dos produtos farmacêuticos e insumos, integrada técnica e hierarquicamente às atividades da Unidade Hospitalar.

Art. 63. À Supervisão de Farmácia Hospitalar compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de medicamentos, ao controle de estoque e aquisição dos produtos farmacêuticos e médico-hospitalares.
- Cumprir normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos, germicidas, materiais médico-hospitalares e correlatos.
- Planejar e controlar a dispensação por dose individualizada, visando estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de estocagem e controle dos produtos farmacêuticos.

- Elaborar manuais técnicos e formulários próprios.
- Coordenar as atividades de informação sobre medicamentos junto às diversas comissões do **HERSO**.
- Participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de fármaco- vigilância.
- Participar das atividades de controle das infecções hospitalares.
- Coordenar as atividades de educação, treinamentos e política de farmácia clínica.
- Desenvolver atividades colaborativas com outras áreas do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - **HERSO** controlar os medicamentos psicotrópicos, conforme legislação vigente. Orientar o paciente, quanto ao uso do medicamento.
- Emitir relatórios mensais sobre as atividades desenvolvidas pela Supervisão.
- Representar a unidade junto à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento e demais áreas do **HERSO**.
- Providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços. Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Supervisão da Farmácia hospitalar será exercida exclusivamente, por um profissional Farmacêutico ou Farmacêutico-Bioquímico.

Da Supervisão de Nutrição e Dietética

Art. 64 A Supervisão de Nutrição e Dietética é estrutura subordinado à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Terapia, destinada a planejar, coordenar e supervisionar serviços ou programas de nutrição no âmbito do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado **HERSO** analisando carências alimentares e/ou conveniente aproveitamento dos recursos dietéticos, controlando a estocagem, preparação, conservação e distribuição dos alimentos, afim de contribuir para a melhoria proteica, racionalidade e economicidade dos regimes alimentares dos paciente e demais usuários dos serviços.

Art. 65. À Supervisão de Nutrição e Dietética compete:

- Proceder o planejamento e a elaboração de cardápios e dietas especiais, baseando-se na prescrição médica, nos resultados de exames de laboratório, na observação da aceitação dos alimentos pelos pacientes e no estudo dos meios e técnicas de introdução gradativa de produtos naturais mais nutritivos e econômicos para oferecer refeições

balanceadas.

- Examinar o estado de nutrição do paciente, avaliando os diversos fatores relacionados com problemas de alimentação, para aconselhar e instruir a alimentação adequada.
- Programar e desenvolver treinamento do pessoal auxiliar de nutrição, em serviço, realizando entrevistas e reuniões.
- Observar o nível de rendimento, de habilidade e de higiene na execução do serviço.
- Orientar o trabalho do pessoal auxiliar, supervisionando o preparo, distribuição das refeições, recebimento dos gêneros alimentícios, sua armazenagem e distribuição.
- Preparar programas de educação e de readaptação dos pacientes para atender suas necessidades e infundir bons hábitos alimentares.
- Registrar em formulários apropriados as despesas e a quantidade de pessoas que receberam refeições, para estimar o custo médio da alimentação.
- Zelar pela ordem e manutenção de boas condições higiênicas, inclusive a extinção de insetos e roedores em todas as áreas e instalações.
- Participar de comissões e grupos de trabalhos encarregados da compra de insumos, aquisição de equipamentos, máquinas e material específico, para garantir a regularidade no Serviço.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Supervisão de Nutrição e Dietética é exercida, exclusivamente, por profissional graduado em Nutrição, com experiência na área hospitalar.

Supervisão de Serviço de Imagem e Endoscopia

Art. 66. A Supervisão do Serviço de Imagem e Endoscopia é estrutura subordinado à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Terapia, destinada a planejar, coordenar e supervisionar serviços ou programas de imagem/endoscopia no âmbito do **HERSO**

Art. 67. À Supervisão do Serviço de Imagem e Endoscopia compete:

- Garantir a segurança, a qualidade dos processos e a proteção dos pacientes, da equipe e do público em geral, devendo assegurar os recursos materiais e humanos e a implementação das medidas necessárias para garantir o cumprimento dos requisitos das Resolução e das demais normativas aplicáveis;
- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de medicamentos, ao controle de estoque para realização dos exames de imagem e

endoscopia no **HERSO**.

- Planejar e controlar a dispensação por dose individualizada, visando estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de estocagem e controle dos produtos farmacêuticos de uso no serviço de imagem e endoscopia.
- Elaborar manuais técnicos e formulários próprios.
- Coordenar as atividades de informação sobre imagem e endoscopia junto às diversas comissões do **HERSO**.
- Participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de pesquisa do **HERSO**.
- Participar das atividades de controle das infecções hospitalares.
- Coordenar as atividades de educação, treinamentos e política de Imagem e endoscopia.
- Desenvolver atividades colaborativas com outras áreas do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - **HERSO** controlar os exames e sua aplicabilidade diagnostica;
- Emitir relatórios mensais sobre as atividades desenvolvidas pela Supervisão.
- Representar a unidade junto à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento e demais áreas do **HERSO**.
- Providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços. Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Supervisão do serviço de imagem e endoscopia será exercida exclusivamente, por um profissional medico, preferencialmente, radiologista.

Supervisão de Serviço da Agência Transfusional

Art. 68. A Supervisão do Serviço da Agência Transfusional é estrutura subordinado à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Terapia, destinada a planejar e supervisionar serviços ou programas da agencia transfusional no âmbito do **HERSO**

Art. 69. À Supervisão do Serviço Agência Transfusional compete:

- Planejar, implantar, executar e supervisionar as atividades da unidade;
- Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito da Unidade Assistencial;
- Identificar as necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na

rede de atenção à saúde;

- Desenvolver ações de integração do cuidado multiprofissional;
- Propor metas qualitativas e quantitativas relativas ao cuidado desenvolvido no âmbito da unidade, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação acordados com o Gestor do SUS;
- Monitorar e avaliar o cuidado praticado na Unidade;
- Participar do planejamento anual do setor, de acordo com as metas estabelecidas pela Gerência de Apoio diagnostico e do **HERSO**;
- Cumprir as normas técnicas e administrativas do **HERSO**, bem como o seu Regimento;
- Colaborar com as Comissões e Comitês específicos do **HERSO** e/ou deles fazer parte, quando solicitado, sem prejuízo do exercício das funções assistenciais no hospital.
- Respeitar a hierarquia administrativa, a estrutura organizacional e as funções da Unidade; Realizar as atividades assistenciais de acordo com os POP's específicos de cada profissional;

Parágrafo Único - A Supervisão do serviço da Agencia Transfusional será exercida exclusivamente, por um profissional médico hematologista.

Supervisão do Serviço Multiprofissional

Art. 70. A Supervisão do Serviço Multiprofissional é estrutura subordinado à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Terapia, destinada a planejar e supervisionar serviços ou programas da assistência multiprofissional no âmbito do **HERSO**

Art. 71. À Supervisão do Serviço Multiprofissional compete:

- Coordenar e otimizar serviços de transferências, óbitos, realização de exames e altas, de forma contínua e documentada, melhorando a qualidade do atendimento ao cliente.
- Tomar ciência dos plantões para solução de possíveis problemas existentes;
- Avaliar técnica, ética, conduta e postura dos colaboradores;
- Realizar inspeções periódicas dos CTI'S, observando se o padrão de trabalho está sendo mantido;
- Realizar controle do cumprimento das normas e rotinas dos colaboradores;
- Orientar e cobrar da equipe multiprofissional, para que se conservem os 5S, e o correto preenchimento dos formulários;
- Verificar a quantidade de exames que serão realizados no dia;

- Otimizar a realização dos exames, bem como altas, transferências e óbitos;
- Observar, à noite, se o aparelho de eletro e desfibrilador estão sendo mantidos ligados na tomada;
- Participar de reuniões sempre que solicitado;
- Incentivar sua equipe ao aperfeiçoamento e crescimento profissional;
- Identificar (plantão noturno) a necessidade de recursos humanos e materiais necessários para o bom funcionamento do serviço e realizar remanejamentos segundo necessidade.
- Cumprir e fazer cumprir regulamentos das rotinas, circulares e outras instruções;
- Esclarecer, quando solicitado, dúvidas sobre as condições de saúde do cliente e sobre o serviço a familiares;
- Executar trabalhos específicos em cooperação com outros profissionais.
- Zelar pela manutenção e conservação de equipamentos e material da Unidade.
- Participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de pesquisa do **HERSO**.
- Participar das atividades de controle das infecções hospitalares.
- Coordenar as atividades de educação, treinamentos e política de Imagem e endoscopia.
- Desenvolver atividades colaborativas com outras áreas do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - **HERSO** controlar os exames e sua aplicabilidade diagnostica;
- Emitir relatórios mensais sobre as atividades desenvolvidas pela Supervisão.
- Representar a unidade junto à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento e demais áreas do **HERSO**.
- Providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços. Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Supervisão do Serviço de Multiprofissional será exercida exclusivamente, por um profissional multiprofissional (fisioterapeuta, fonoaudiologia, nutrição, farmácia, serviço social)

Da Gerência Médica

Art. 72. A Gerência Médica é estrutura subordinada à Diretoria Técnica, destinada a representar oficialmente o corpo clínico da Instituição. Tema inda no âmbito de sua atuação a incumbência de responder perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos. Desenvolve suas atividades em caráter permanente.

Art. 73. À Gerência Médica compete:

- Dirigir, coordenar, supervisionar e providenciar todas as solicitações e sugestões do Corpo Clínico.
- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da Instituição.
- Colaborar com as demais Gerências sempre que solicitado.
- Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento e Regulamento do hospital e zelar pelo cumprimento do Código Brasileiro de Deontologia Médica.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Gerência Médica é ocupada, obrigatoriamente, por um profissional Médico, devidamente habilitado para o exercício da profissão.

Art. 74. A Gerência Médica é composta por:

- Supervisão dos Serviços de Urgências
- Supervisão dos Serviços Clínica Cirúrgica
- Supervisão dos Serviços Clínica Médica

Supervisão dos Serviços de Urgências

Art. 75. A Supervisão dos Serviços de Urgências a estrutura de abrangência regional com atendimento regulado pelos Complexos Reguladores Municipal/Estadual com funcionamento 24 horas ininterruptamente, que reúne os profissionais médicos da Instituição e tem por finalidade realizar o atendimento de urgência aos usuários do **HERSO**.

Art. 76. A Supervisão dos Serviços de Urgências do Hospital **HERSO** compete:

- Receber e atender aos pacientes críticos, realizar condutas para reanimação e estabilização, prescrever condutas, solicitar exames e definir terapêutica;
- Atender às intercorrências de Pacientes das Enfermarias do **HERSO** independente da especialidade ou patologia;
- Reavaliar todos os pacientes críticos em observação;
- Solicitar exames complementares para o diagnóstico;
- Após as reavaliações e estabilização dar o seguimento adequado ao paciente: INTERNAR ou ENCAMINHAR para especialista do Hospital ou solicitar transferência para outra unidade da rede ou conveniada;
- Preencher formulário de solicitação de transferência e encaminhar ao Serviço Social

para a Central de Regulação de Leitos, no caso de não haver vaga para internação nas enfermarias adequadas do **HERSO**, colocando informações detalhadas dos problemas identificados e impressões diagnósticas, do motivo da transferência, exames realizados, resultados dos mesmos e sinais vitais do paciente;

- Acompanhar o paciente em exames fora da Unidade Hospitalar quando necessário;
- Preencher de forma adequada e completa o formulário de internação;
- Priorizar juntamente com a equipe multiprofissional os pacientes mais graves para serem transferidos internamente para internação em Enfermaria ou UTI;
- Descrever em prontuário histórico da doença e todas as condutas realizadas no paciente em tempo oportuno com data, horário, carimbo e assinatura;
- Aplicar os Protocolos Clínicos/Linhas Guia definidos para o Serviço/Hospital;
- Orientar os pacientes com relação às condutas e procedimentos prescritos para o mesmo ou ao familiar;
- Adotar critérios rigorosos na solicitação de procedimentos complementares e classificar se é Urgência ou Rotina;
- Informar suspeita diagnóstica e o que se pretende ao solicitar exames de imagem e laboratoriais;
- Seguir as orientações da Direção do Serviço de Urgência e Emergência, Direção do Hospital;
- Desempenhar as atividades médicas em sintonia com a equipe multidisciplinar e multiprofissional;
- Participar das reuniões e atividades científicas e de capacitação permanente convocadas pelo, Direção;
- Colaborar com as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas pelo hospital e Instituições de Ensino que possuem convênio com o **HERSO**;
- Desempenhar outras atividades necessárias ao bom atendimento dos pacientes, mesmo que não estejam elencadas neste documento;
- Definir o Diagnóstico Provisório ou Definitivo do Paciente em no máximo 12 horas após entrada no Hospital;
- Seguir as orientações do Código de Ética Médica e Normas Institucionais.

Parágrafo Único - A Supervisão dos serviços de Urgências do Hospital **HERSO** é ocupada, obrigatoriamente, por um profissional Médico, devidamente habilitado para o exercício da profissão.

Supervisão dos Serviços De Clínica Médica

Art. 77. A Supervisão dos Serviços de Clínica Médica é a estrutura de abrangência regional com atendimento regulado pelos Complexos Reguladores Municipal/Estadual com funcionamento 24 horas ininterruptamente, que reúne os profissionais médicos da Instituição e tem por finalidade realizar o atendimento de clinico aos usuários do **HERSO**.

Art. 78. A Supervisão dos Serviços de Clínica Médica do Hospital **HERSO** compete:

- Prestar cuidados médicos aos pacientes do setor segundo a política assistencial da unidade com ênfase no gerenciamento dos riscos, promoção da biossegurança e segurança do paciente;
- Conduzir-se em seu processo de trabalho segundo os parâmetros técnicos e princípios éticos da Medicina;
- Cumprir e fazer cumprir os protocolos e diretrizes clínicas, planos terapêuticos, mapeamento de processos, procedimentos operacionais padrões - POP's, interações de processos entre serviços de plano de segurança do paciente;
- Realizar suas atividades de forma segura, visando resguardar a si e a terceiros de riscos ocupacionais e agravos à saúde;
- Trabalhar de forma articulada e integrada com os setores, primando pela interlocução e cooperação com as equipes das demais áreas assistenciais e de apoio da unidade;
- Resolver as intercorrências imediatas do plantão e revisar condutas do dia anterior;
- Seguir fluxos de admissão e acompanhar a equipe sob sua supervisão no Registrar história clínica em formulário específico do MV no campo "admissão", com todos os seus aspectos, de forma cronológica e clara de admissões internas e externas e em seguida gerar o formulário impresso, assim como AIH.
- Imprimir, carimbar, assinar e anexar ao prontuário;
- Abrir plano terapêutico: formulário específico presente em pasta de impressos no setor e pasta do computador ("Público > Clínica Médica > Documentos Médicos);
- Estabelecer metas iniciais, prazos para conclusão, assim como para alta;
- Solicitar swab retal para rastreio de VRE e KPC de acordo com critérios do SCIH (documento presente na pasta do computador "Público > Clínica Médica > Documentos Médicos" e em pasta física na sala de prescrições);
- Solicitar sorologias (HIV, hepatites B e C) se paciente renal crônico com previsão de continuar hemodiálise externa;
- Solicitar exames de imagem e demais pertinentes a cada patologia após avaliação

clínica;

- Acompanhar e orientar a priorização da solicitação de exames laboratoriais no período da manhã (no caso de paciente anticoagulado com Varfarina solicitar TAP até às 09h00m e deixar prescrição da medicação às 18h00m, visando tempo hábil de ajuste de dose);
- Desempenhar as atividades médicas em sintonia com a equipe multidisciplinar e multiprofissional;
- Participar das reuniões e atividades científicas e de capacitação permanente convocadas pelo, Direção;
- Colaborar com as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas pelo hospital e Instituições de Ensino que possuem convênio com o **HERSO**;
- Desempenhar outras atividades necessárias ao bom atendimento dos pacientes, mesmo que não estejam elencadas neste documento;
- Definir o Diagnóstico Provisório ou Definitivo do Paciente em no máximo 12 horas após entrada no Hospital;
- Seguir as orientações do Código de Ética Médica e Normas Institucionais.

Parágrafo Único - A Supervisão dos serviços de clínica medica do Hospital **HERSO** é ocupada, obrigatoriamente, por um profissional Médico, devidamente habilitado para o exercício da profissão.

Supervisão dos Serviços de Clínica Cirúrgica

Art. 79. A Supervisão dos Serviços de Clínica Cirúrgica é a estrutura de abrangência regional com atendimento regulado pelos Complexos Reguladores Municipal/Estadual com funcionamento 24 horas, ininterruptamente, que reúne os profissionais médicos da Instituição e tem por finalidade realizar o atendimento de cirúrgico aos usuários do **HERSO**.

Art. 80. A Supervisão dos Serviços de Clínica Cirúrgica do Hospital **HERSO** compete:

- Receber e atender aos pacientes com indicação cirúrgica, realizar condutas para prescrever condutas, solicitar exames e programar cirúrgica;
- Analisar e discutir com medico do PS às intercorrências de Pacientes que necessitarem de cirurgia;
- Reavaliar todos os pacientes críticos em observação, com indicação cirúrgica

- Solicitar exames complementares para o diagnóstico;
- Desempenhar as atividades médicas em sintonia com a equipe multidisciplinar e multiprofissional;
- Participar das reuniões e atividades científicas e de capacitação permanente convocadas pelo, Direção;
- Colaborar com as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas pelo hospital e Instituições de Ensino que possuem convênio com o **HERSO**;
- Desempenhar outras atividades necessárias ao bom atendimento dos pacientes, mesmo que não estejam elencadas neste documento;

Parágrafo Único - A Supervisão dos Serviços de Clínica Cirúrgica do Hospital **HERSO** é ocupada, obrigatoriamente, por um profissional Médico, devidamente habilitado para o exercício da profissão.

Da Diretoria Administrativa e Financeira

Art. 81. É a estrutura subordinada à Diretoria Geral da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades administrativas, financeiras e de apoio do **HERSO**.

Art. 82. A Diretoria Administrativa e Financeira compete:

- Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades administrativas e financeiras, assegurando o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em rigorosa obediência às decisões fixadas pela Superintendência Executiva e pelo Conselho de Administração do INSV.
- Participar, juntamente com o Diretor Geral, das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos do **HERSO**.
- Formular, incrementar, controlar e avaliar as ações e os serviços administrativos, observando as diretrizes do SUS previstas na Constituição Federal.
- Assistir ao Diretor Geral, em assuntos administrativos, em particular, nos de natureza econômica e/ou de auditoria administrativa-financeira.
- Apresentar à Superintendência Executiva do INSV, os relatórios de atividades, na periodicidade determinada, para serem encaminhados ao Conselho de Administração.
- Elaborar a proposta da política salarial e encaminhá-la à Superintendência Executiva.

- Gerir as finanças do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - **HERSO** movimentar os recursos financeiros colocados à sua disposição, assinando os documentos atinentes à movimentação dos mesmos, juntamente com o Diretor Geral.
- Propor ao Diretor Geral a alienação, locação, oneração ou permuta de bens imóveis, assim como a alienação de bens móveis pertencentes ao patrimônio exclusivo do INSV.
- Organizar internamente o funcionamento da Diretoria Administrativa e Financeira, conforme a natureza técnica e a complexidade das atividades.
- Propor à Diretoria Geral o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e a implantação de sistemas funcionais, gerenciais e administrativos.
- Submeter à aprovação do Diretor Geral a aquisição de materiais de consumo, bens patrimoniais e a contratação de serviços de terceiros.
- Propor à Diretoria Geral, ouvido a Gerência de Recursos Humanos, a admissão e demissão de funcionários.
- Propor à Diretoria Geral, normas e procedimentos para as atividades administrativas do **HERSO**.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – O titular da Diretoria Administrativa e Financeira, é de livre escolha, nomeação e dispensa do Superintendente Executivo do **INSV**, ouvido o Conselho de Administração, devendo a sua designação recair, obrigatoriamente, em profissional com formação de nível superior e, preferencialmente, graduado em Administração de Empresas, Economia ou Ciências Contábeis com experiência em Administração Hospitalar.

Art. 83. A Diretoria Administrativa e Financeira é Composta de:

- Gerência dos Serviços Terceirizados
- Gerência de Recursos Humanos
- Gerência Administrativa operacional
- Gerência Financeira

Gerência de Serviços Terceirizados

Art. 84. A Gerência de Serviços Terceirizados é a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção,

supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades administrativas, financeiras das empresas terceirizadas e de apoio do **HERSO**

Art. 85. A Gerência de Serviços Terceirizados compete:

- Implantar as diretrizes do modelo assistencial definido pela **HERSO**;
- Coordenar o planejamento, a organização e a administração dos serviços assistenciais das terceirizadas;
- Coordenar as atividades da equipe interdisciplinar de prestadores de serviço de saúde;
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços hospitalares por meio de indicadores de desempenho;
- Articular internamente os serviços e práticas assistenciais, com vistas à garantia da integralidade da atenção;
- Garantir o cumprimento das disposições legais e regulamentares dos contratos em vigor, referentes ao funcionamento dos serviços de saúde e implantação das políticas de saúde;
- Coordenar a elaboração e a implantação de Rotinas de serviços a serrem prestados na unidade **HERSO**
- Coordenar a implantação e implementação das ações de vigilância em saúde dos seus subordinados na terceirização no âmbito hospitalar;
- Gerenciar o fluxo de atendimento, assistencial de cada serviço contratado;
- Coordenar o processo de identificação de necessidades e proposição de ações de educação permanente das equipes multiprofissionais de saúde vinculadas à Gerência;
- Fornecer à Superintendência informações sobre o cuidado assistencial e a gestão da atenção à saúde da equipe terceirizada;
- Articular com a Gerência de Ensino e Pesquisa a integração dos processos de gestão, assistência, ensino e pesquisa da equipe de contratos terceirizados;
- Gerenciar o contrato de gestão, monitorando as responsabilidades e metas da assistência à saúde.

Parágrafo Único - A Gerência de Serviços Terceirizados do **HERSO** é ocupada, obrigatoriamente, por um profissional de nível superior, devidamente habilitado para o exercício da profissão.

Supervisão Geral de Serviços Terceirizados

Art. 86. A Supervisão Geral de Serviços Terceirizados é a estrutura subordinada à Gerência de Serviços Terceirizados da Unidade, destinada a realizar a supervisão do planejamento, promoção, supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades administrativas, financeiras das empresas terceirizadas (vigilância, portaria, transporte, morgue, limpeza, lavanderia, manutenção predial) e de apoio do **HERSO**

Art. 87. Supervisão Geral de Serviços Terceirizados compete:

- Elaborar os documentos, negociando com as partes envolvidas e revisando alterações;
- Identificar erros contratuais, evitando riscos à empresa;
- Garantir boas práticas de negociação;
- Verificar a conformidade do documento em relação às legislações e às políticas da empresa;
- Assegurar o cumprimento de todas as cláusulas contratuais durante a vigência do documento;
- Controlar prazos;
- Realizar o armazenamento e o arquivamento correto dos documentos;
- Identificar o momento de encerrar ou renovar os contratos;
- Acompanhar possíveis alterações nas legislações, anexando novas regras aos contratos;
- Fiscalizar os contratos, evitando fraudes, erros ou à não execução dos termos contratuais;
- Avaliar a qualidade dos serviços contratados ou dos produtos entregues pelos fornecedores;
- Garantir a segurança dos dados e o sigilo das informações.
- Percorrer a área sob sua responsabilidade, atentamente para eventuais anormalidades nas rotinas de serviço e ambientais.
- Vigiar a entrada e saída das pessoas, ou bens da entidade.
- Tomar as medidas necessárias para evitar danos, baseando-se nas circunstâncias observadas e valendo-se da autoridade que lhe foi outorgada.
- Prestar informações que possibilitam a punição dos infratores e volta à normalidade;
- Redigir ocorrências das anormalidades ocorridas;
- Escoltar e proteger pessoas encarregadas de transportar dinheiro e valores. Escoltar e proteger autoridades;
- Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

Do Serviço de Vigilante

Art. 88. Ao Serviço de Vigilante compete:

- O controle de acesso de pessoas, veículos e materiais;
- A realização de rondas internas de segurança para verificação de condições inseguras;
- O monitoramento de sistemas de eletrônicos de segurança;
- A prevenção e combate a princípios de incêndios;
- O zelo pela integridade do patrimônio;
- Executar uma vigilância dinâmica e alerta, interagindo com o público em geral;
- Prevenir ocorrências inerentes às suas atribuições, dentro da área física a ele delimitada, a fim de manter a integridade patrimonial e de dar segurança às pessoas;
- Antecipar-se ao evento danoso, a fim de impedir sua ocorrência ou de minimizar seus efeitos, adotando providências de auxílio aos agentes de segurança pública;
- Operar os equipamentos de comunicação com técnica e segurança: CFTV, alarmes e outras tecnologias de vigilância patrimonial.

Do Serviço de Portaria

Art. 89. Ao Serviço de Portaria compete:

- Realizar a fiscalização da entrada e saída de pessoas;
- Observando o movimento e comportamentos das pessoas no saguão da portaria principal, nos saguões dos elevadores e nos pátios, corredores do prédio e garagens;
- Identificar as pessoas para vedar a entrada as pessoas suspeitas, ou encaminhar as demais ao destino solicitado;
- Monitorar o uso dos elevadores para garantir sempre o bom funcionamento e cumprimento de regras;
- Ficar encarregado da correspondência que chega e de encomendas de pequeno porte que são destinadas aos moradores do Edifício;
- Receber as encomendas e encaminhas aos destinatários, para evitar extravios, ou informar sempre que chegar algo na portaria;
- Não abandonar o posto da portaria sem necessidade e por grandes períodos;
- Ficar responsável pela iluminação do local. Acender e apagar as luzes das partes comuns do Edifício, observando os horários e/ou necessidades;
- Ajudar na parte de segurança interna do local.

Do Serviço de Transporte

Art. 90. Ao Serviço de Transporte compete:

- Programar rotas diárias e semanais
- Monitorar e apresentar relatórios sobre custos de transporte
- Verificar se os documentos de expedição estão devidamente arquivados
- Relatar as necessidades de manutenção e reparo de veículos e equipamentos de transporte
- Pesquisar e sugerir métodos econômicos de expedição
- Realizar auditorias regulares de segurança de equipamentos
- Organizar sessões de treinamento para funcionários (por exemplo, uso adequado de máquinas e manuseio de materiais perigosos)
- Manter registros organizados de veículos, horários e pedidos finalizados
- Garantir a conformidade com as políticas da empresa e a legislação de expedição
- Manter-se atualizado quanto aos regulamentos de segurança

Do Serviço do Morgue

Art. 91. Ao Serviço do Morgue compete:

- Acolhimento dos óbitos ocorridos nas áreas de internação do **HERSO;**
- A respectiva guarda dos mesmos;
- A liberação aos responsáveis pelos serviços funerários.

Do Serviço da Limpeza

Art. 92. Ao Serviço da Limpeza compete:

- Responsável pela composição das equipes de limpeza;
- Montagem do calendário de serviços por áreas;
- Garantir a qualidade da execução dos serviços;
- Instruir os funcionários quanto à conduta adequada nas dependências da CMB,
- Encaminhar funcionários para treinamento;
- Programação de cobertura de férias;
- Controlar e supervisionar o quadro de encarregados.

Do Serviço da Lavanderia

Art. 93. Ao Serviço da Lavanderia compete:

- Recolher a roupa suja de todas as unidades do hospital em horários preestabelecidos;
- Verificar a classificação e identificação dos sacos de roupa, conforme o grau de sujidade e as normas estabelecidas;
- Executar as tarefas e técnicas utilizadas nas operações do setor (coleta, separação ou triagem, pesagem e lavagem);
- Fazer uso das medidas de proteção pessoal e de segurança do trabalho;
- Zelar pelo uso correto, manutenção e limpeza do equipamento (balança, carros de coleta, lavadoras), dos produtos e do ambiente;
- Solicitar a desinfecção da área após cada operação;
- Manter registros do peso da roupa, consumo de produtos, água e energia, para informações ao centro de custos;
- Verificar a roupa lavada, visando detectar problemas no processo de lavagem e contribuir para o aperfeiçoamento de fórmulas e técnicas empregadas, evitando repetição do processo e desgaste precoce da roupa;
- Realizar testes de presença de resíduos na roupa limpa molhada (sabão, acidulante, cloro e outros);
- Realizar a correta execução as atividades do setor, quais sejam: secagem, calandragem, passagem, dobragem e selagem;
- Zelar pela aparência, limpeza, manutenção e conservação dos equipamentos, da roupa e do ambiente;
- Manter-se atualizado e cooperar para a atualização do pessoal do setor;
- Manter entrosamento com o pessoal do setor, dos demais setores da lavanderia e outros serviços;
- Encaminhar as peças danificadas ao setor de rouparia para reparos, reposições e reaproveitamento na confecção de novas peças;
- Comunicar ao superior imediato quaisquer irregularidades que posam interferir no desenvolvimento do serviço;
- Armazenar toda roupa limpa, mantendo um sistema racional de guarda roupa, inclusive do estoque nas prateleiras;

- Manter o controle da roupa em uso, providenciando reparo ou reposição da roupa estragada ou desviada;
- Colaborar com o levantamento periódico, da roupa hospitalar;
- Auxiliar o coordenador da lavanderia na previsão da roupa do hospital;
- Requisitar ao coordenador as peças necessárias para reposição do estoque;
- Preparar, de véspera, os carros de roupa para distribuição do período da manhã;
- Distribuir a roupa às unidades, mediante formulário próprio (rol), em horário preestabelecido;
- Manter em repouso, na rouparia, durante 24 horas, no mínimo, a roupa recém-lavada, favorecendo sua durabilidade;
- Comunicar ao coordenador para comunicar a enfermagem quaisquer eventualidades, como causa do não atendimentos às solicitações, uso inadequado de roupas nas unidades (peças cortadas, rasgadas, etc.);
- Manter a rouparia devidamente limpa e em ordem;
- Atender às solicitações, em caso de emergência;
- Cumprir e fazer cumprir o regulamento do hospital;
- Zelar pelo cumprimento das rotinas e técnicas do setor;
- Cumprir e fazer cumprir as determinações superiores;
- Cooperar na execução das atividades de outro setor da lavanderia.

Do Serviço de Manutenção Predial

Art. 94. Ao Serviço de Manutenção Predial compete:

- Identificar o estado do Serviço de Manutenção Predial
- Promover o engajamento da equipe
- Elaborar o Planejamento Estratégico, Tático e Operacional do Serviço de Manutenção Predial
- Manutenção Corretiva, utilizada quando há uma falha ou pane em um equipamento ou sistema
- Manutenção Preventiva, são todos os serviços de manutenção realizados de forma sistemática e com periodicidade definida;
- Manutenção Preditiva, toda atividade planejada, de monitoramento e/ou controle, que seja capaz de fornecer dados suficientes para se efetuar análises de tendências funcionais e operacionais de trabalho

Da Gerência e Administração Operacional

Art. 95. A Gerência de Administração Operacional é a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades administrativas, financeiras do serviço operacional e de apoio do **HERSO**

Art. 96. A Gerência de Administração Operacional compete:

- Coordenar o processo de articulação para o planejamento, logística e manutenção de tecnologias e insumos do hospital;
- Estabelecer normas técnicas e delegar poderes, no âmbito de suas competências;
- Otimizar os processos de definição e aquisição de insumos e novas tecnologias, em articulação com as demais Divisões da Gerência Administrativa do hospital;
- Contribuir com as demais Divisões da Gerência Administrativa, na formulação e implementação da política de recursos humanos do hospital, com ênfase na área de infraestrutura, logística e gestão de tecnologias;
- Contribuir com o processo de monitoramento e avaliação do **HERSO**

Parágrafo Único - A Gerência de Administração Operacional do **HERSO** é ocupada, obrigatoriamente, por um profissional de nível superior, devidamente habilitado para o exercício da profissão.

Serviço de Recepção

Art. 97. Ao Serviço de Recepção compete:

- Receber o paciente, representando a imagem e a proposta de trabalho da instituição, tendo em vista o padrão de qualidade e os princípios da humanização do SUS.
- Identificar os pacientes e visitantes da unidade hospitalar, prestando-lhes as informações necessárias.
- Providenciar os documentos para todos os casos de internação e alta que ocorram, bem como pelos processos de transferência de pacientes.
- Obter, diariamente, junto à Diretoria Técnica, o boletim informativo de evolução clínica dos pacientes internados.
- Realizar a internação a partir da orientação do médico.

- Outras atividades correlatas.

Da Supervisão de Prontuário/SAME

Art. 98. A Supervisão de Prontuário/SAME compete:

- Dirigir, coordenar, supervisionar e providenciar todas as solicitações emanadas da unidade hospitalar, afeta às suas obrigações.
- Supervisionar a execução das atividades de armazenamento, distribuição e arquivamento de documentos referente ao paciente que devam ser guardados no prontuário.
- Colaborar com as demais Gerências sempre que solicitado.
- Cumprir e fazer cumprir as normas do Conselho Federal de Medicina em face da guarda, manuseio e sigilo do prontuário do paciente.
- Controlar o serviço de arquivo médico e estatística, fornecendo os dados e estatísticasnecessáriasquandoexigidospelosórgãosdecontroleeavaliação.
- Outras atividades correlatas.

Supervisão de Almoxarifado

Art. 99. À Supervisão de Almoxarifado compete:

- Supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de abastecimento dos bens de consumo, mantendo estoque necessário para o atendimento das necessidades.
- Provisionar o consumo e preparar os pedidos de reposição.
  Efetuar a entrega dos materiais solicitados, conforme o sistema informatizado de controle, liberação de estoque e cadastro de pessoas autorizadas a requisitar e efetuar o recebimento.
- Outras atividades correlatas.

Serviço de Patrimônio

Art. 100. Ao serviço de Patrimônio compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades ligadas a política de guarda

de bens e serviços.

- Executar o cadastramento do patrimônio de acordo com o sistema de informatização.
- Atender as solicitações de guarda de materiais.
- Emitir ordens de inventario de patrimônio de acordo com as normas da Instituição.
- Manter atualizado o arquivo de patrimônio, para efeito de consultas rápidas.
- Liberar documentação para formação do processo de inventario.
- Elaborar relatório de estatísticas de patrimônio.
- Outras atividades correlatas.

Tecnologia da Informação

Art. 101. O Serviço Tecnologia da Informação compete:

- Planejar, programar, coordenar, avaliar e participar do planejamento, das diretrizes e estratégias referentes ao sistema de tecnologia da informação do **HERSO.**
- Fornece suporte aos usuários dos sistemas de informação, seja com relação à "Software" e/ou "Hardware".
- Realizar o processamento de todas as informações geradas na Instituição, referentes aos atendimentos e serviços prestados.
- Coordenar e processar as estatísticas do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado –**HERSO** referentes à produtividade e aos índices alcançados.
- Outras atividades correlatas.

Engenharia Clínica

Art. 102. Ao Serviço Engenharia Clínica compete:

- Elaborar, em consonância com a **HERSO** o Plano de Manutenção do Parque Tecnológico do hospital;
- Subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos;
- Subsidiar tecnicamente o processo de contratação de serviços de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico hospitalares, laboratoriais e odontológicos;
- Acompanhar o recebimento e distribuição de equipamentos médico hospitalares,

laboratoriais e odontológicos entregues no hospital, bem como as instalações nas suas unidades;

- Acompanhar a execução dos serviços de manutenção preventiva e corretiva em equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos realizados por empresas contratadas pelo hospital;
- Promover e apoiar programas de capacitação de recursos humanos na operação e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, nas unidades do hospital;
- Coordenar a política de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no hospital;
- Subsidiar tecnicamente a elaboração dos projetos de arquitetura e engenharia no que se refere à instalação de equipamentos médico hospitalares, laboratoriais e odontológicos no hospital.

Da Gerência Financeira

Art. 103 A Gerência_Financeira é a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades financeiras do serviço operacional e de apoio do **HERSO**

Art. 104. A Gerência Financeira compete:

- Coordenar a implementação das políticas de gestão financeira, orçamentária, contábil no âmbito do hospital;
- Realizar o gerenciamento financeiro do hospital;
- Realizar o registro e gerenciamento contábil do hospital, de forma a possibilitar a transparência dos resultados institucionais;
- Acompanhar os custos hospitalares, cuidando para a maior eficiência do uso dos recursos financeiros;
- Gerenciar e executar as aquisições de bens e serviços necessários ao funcionamento do hospital
- Acompanhar a execução de serviços comuns e de suporte operacional de atividades meio, zelando pelo seu cumprimento integral;
- Emitir diárias e passagens para subsidiar os trabalhos do hospital;

Parágrafo Único - A Gerência financeira do **HERSO** é ocupada, obrigatoriamente, por um profissional de nível superior, devidamente habilitado para o exercício da profissão.

Folha de Pagamento

Art. 105. A Folha de Pagamento compete:

- Conferir a despesa com pessoal da folha de pagamento mensal, credenciamentos, entre outros;
- Receber, preparar e encaminhar documentação sobre a folha de pagamento para inclusão, exclusão e alteração de proventos e descontos junto à Secretaria Municipal de Administração; elaborar e efetuar a conferência da folha de pagamento;
- Solicitar bloqueio de pagamento de servidores junto ao órgão competente, quando for o caso;
- Efetuar o levantamento e lançamento de faltas, dos servidores do **HERSO**; solicitar conferir inclusões de proventos inerentes a cargos, funções, lotações e demais casos;
- Acompanhar e conferir a frequência dos servidores e auditar a folha de pagamento para evitar possíveis irregularidades.

Serviço de Gestão de Contratos/Convênios

Art. 106. Ao Serviço de Gestão de Contratos/Convênios compete:

- Elaborar as minutas dos contratos, convênios e termos aditivos realizados entre o SES e INSV e as terceirizadas, tendo como fundamento a legislação pertinente e orientações da Procuradoria Geral do Estado e do Tribunal de Contas;
- Promover a publicação dos extratos de contratos, convênios, aditivos, e apostilamentos firmados, observando os prazos legais;
- Manter o registro dos atos relativos a contratos, convênios, termos aditivos e apostilamentos no Portal do Tribunal de Contas dos Municípios, sob pena de responsabilidade;
- Promover toda execução de tarefas referente ao planejamento, controle e execução dos contratos ou convênios, bem como sua respectiva prestação de contas;
- Inserir no Sistema de Contratos e Convênios e Portal da Transparência dados relativos aos contratos, convênios, termos aditivos, e apostilamentos, nos termos exigidos pela Controladoria Geral e pelo Tribunal de Contas;

- Efetuar as alterações necessárias no Sistema de Contratos e Convênios a fim de garantir o equilíbrio orçamentário e financeiro dos contratos, convênios, termos aditivos e apostilamentos;
- Revisar os contratos, convênios, termos aditivos e apostilamentos realizados entre o Município de Goiânia, via Secretaria, tendo como fundamento a legislação pertinente e orientações da Procuradoria Geral e do Tribunal de Contas;
- Responder às diligências oriundas da Controladoria Geral acerca de assuntos pertinentes aos contratos, convênios, termos aditivos e apostilamentos, após encaminhamento à Chefia da Advocacia Setorial para manifestação;
- Acompanhar a vigência dos contratos, convênios, e termos aditivos, bem como proceder a revisão, conforme interesse da administração;
- Analisar as documentações com vistas à habilitação dos prestadores de serviço e fornecedores;
- Promover a instrução processual nos termos exigidos pela legislação pertinente nos processos de contratos, convênios, termos aditivos e apostilamentos;
- Manter arquivo atualizado dos contratos, convênios, termos aditivos, e apostilamentos celebrados pelos órgãos e o INSV
- Organizar e instruir os processos de compras de materiais e serviços do órgão municipal de planejamento urbano, conforme as normas e regulamentos pertinentes;
- Exercer outras atividades compatíveis com a natureza de suas funções e as que lhe forem atribuídas pelo Diretor Administrativo.

Serviço de Compras

Art. 107. Ao Serviço de Compras compete:

- Planejar, coordenar e executar as atividades inerentes às contratações;
- Definir a modalidade de contratação;
- Prestar orientação técnica referente às aquisições de materiais, equipamentos e a contratação de serviços;
- Suprir a escola com um fluxo seguro de materiais e serviços adotando critérios de sustentabilidade socioambiental;
- Negociar com os fornecedores em busca do menor preço;
- Responder a impugnações e recursos administrativos nas licitações;
- Registrar as contratações no serviço integrado de administração e no serviço integrado

de administração de serviços gerais ou em outros sistemas que vierem a substituí-los;

- Elaborar parecer técnico;
- Responder aos órgãos de controle interno e externo dentro da sua área de atuação.

Serviço De Prestação De Contas

Art. 108. Ao serviço de Prestação de Contas compete:

- Acompanhar os custos do hospital, promovendo a eficiência no uso dos recursos;
- Orientar e acompanhar a análise contábil das unidades de contabilidade fiscal e de custos;
- Orientar e acompanhar o saneamento das irregularidades levantadas nas atividades de avaliação e controladoria.

Da Gerência de Recursos Humanos

Art. 109. A Gerência de Recursos Humanos é a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades dos colaboradores e servidores efetivos e terceirizados e de apoio do **HERSO**

Art. 110. A Gerência de Recursos Humanos compete:

- Cumprir e fazer cumprir a legislação pertinente à administração de pessoal, orientando e divulgando os procedimentos referentes aos deveres e direitos dos servidores, empregados e integrantes da força de trabalho
- Gerenciar as informações junto ao Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos ao Sistema de Gestão de Pessoas;
- Coordenar, organizar, acompanhar e executar os procedimentos relativos ao cadastro funcional de servidores e empregados e ao pagamento de remuneração e vantagens da força de trabalho;
- Conceder adicional de insalubridade e periculosidade, mediante laudo emitido pelo médico do trabalho e análise dos requisitos estabelecidos pelas normas legais e infra legais pertinentes;

- Manter atualizados os arquivos, registros e assentamentos funcionais dos servidores, empregados e demais integrantes da força de trabalho, assegurando a guarda e conservação da documentação funcional pelos prazos estabelecidos em Lei, bem como fornece declarações, certidões e cópias de documentos sempre que solicitados pelo servidor, empregado, ou autoridade competente;
- Administrar e manter atualizado o quadro de lotação e exercício dos servidores e empregados, por Unidade e Subunidade, subsidiando a Diretoria de Gestão de Pessoas na administração e no planejamento da força de trabalho do respectivo hospital;
- Planejar, elaborar, acompanhar e controlar a escala anual de férias, as escalas de plantão e a frequência dos servidores e empregados;
- Prestar informações e fornecer dados, com vistas a subsidiar a elaboração da proposta de orçamento de pessoal;

Parágrafo Único - A Gerência de Recursos Humanos do **HERSO** é ocupada, obrigatoriamente, por um profissional de nível superior, devidamente habilitado para o exercício da profissão.

DO SESMT

Art. 111. Ao SESMT compete:

- Aplicar os conhecimentos de Engenharia de Segurança e de Medicina do Trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive, máquinas e equipamentos de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador.
- Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação dos riscos e este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de equipamentos de proteção individual – EPI, de acordo com o que determina a NR-6, desde que a concentração, a intensidade ou a característica do agente assim o exija.
- Colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, no que lhe competir.
- Responsabilizar-se, tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nos NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos.
- Manter permanentemente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoio, treinamento, e atendimento conforme dispões a NR-5.
- Promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos

trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas, quanto de programas de duração permanente.

- Esclarecer e conscientizar os empregados sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-o sem favor da prevenção.
- Analisar e registrar nos documentos específicos, todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de Doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais e as características do agente e as condições dos indivíduos com doença ocupacional ou acidentado.
- Registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade, preenchendo relatórios e mapas preparatórios para envio da avaliação anual dos mesmos dados à Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho
- Manter os registros de acidentes ocupacionais na sede do SESMT ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha da Instituição o método de arquivamento e recuperação desde que seja mas segurados condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes aos acidentes de trabalho por um período não inferior a 5anos.
- As atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente de prevenção, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se torna necessário.

Departamento de Pessoal

Art. 112. Ao Departamento de Pessoal compete:

- Conceder, respeitadas as normas legais, instruindo e mantendo os processos relativos a esses procedimentos à disposição da gerência de RH (afastamentos, licenças; acumulação de cargos, progressão funcional;
- Instruir processos referentes aos recursos de processos administrativos;
- Instruir processos referentes aos casos de remoção e requisição de empregados determinados pela sede da empresa;
- Instruir processos, elaborar os respectivos atos e procedimentos, sempre que procedentes, nos termos da legislação vigente, mantendo-os à disposição da gerência

de RH e dos órgãos de Auditoria, com relação: cessão, remoção, requisição ou exoneração de servidores;

- Solicitação de ajuda de custo, transporte de mobiliário ou transporte de servidores e dependentes;
- Instruir processos, elaborar os respectivos atos e encaminhar à gerência de RH com relação a: nomeação para cargos, atribuição de função gratificada, contratação e demissão de empregados, decisões judiciais decorrentes de ações que envolvam empregados;
- Emitir parecer prévio em relação ao assunto, nos processos citados na alínea sendo anexadas todas as informações e documentos necessários para subsidiar o parecer da gerência de RH bem como minuta das portarias para assinatura da autoridade competente, quando necessário;
- Coordenar e executar o programa de estágios, de acordo com os critérios e regras estabelecidas em convênio ou contratos, bem como as normas definidas no Regulamento de Pessoal do **HERSO**;
- Celebrar acordo de cooperação técnica para os fins do Subsistema Integrado de Saúde do Servidor;
- Subsidiar a gerência de RH na elaboração de planos, programas e metas de aperfeiçoamento e desenvolvimento de recursos humanos e implementá-los nas Unidades Organizacionais sob sua supervisão, após aprovação;
- Gerenciar e avaliar contratos e convênios celebrados, com vistas ao aperfeiçoamento e desenvolvimento de recursos humanos, após aprovação pela gerência de RH
- Executar o sistema de avaliação de desempenho individual dos servidores e empregados, para fins de progressão funcional;
- Realizar as avaliações de período de experiência dos empregados e encaminhar os resultados à Diretoria de Gestão de Pessoas;
- Adotar medidas e procedimentos necessários à proteção e promoção da saúde dos empregados e servidores;
- Coordenar e implementar programas de melhoria da qualidade de vida no trabalho, em consonância com o programa estabelecido gerência de RH;
- Submeter à unidade jurídica o exame prévio dos atos relativos ao direito de pessoal que implicarem em risco jurídico para a instituição.

Serviço de Recrutamento de Pessoas

Art. 113. Ao Serviço de Recrutamento de Pessoas compete:

- Avaliar as necessidades da organização;
- Montar a descrição da vaga;
- Criar estratégias de divulgação;
- Fazer a triagem de currículos;
- Organizar entrevistas;
- Desenvolver testes técnicos e comportamentais;
- Montar a proposta;
- Realizar a contratação;

Da Diretoria Ensino e Inovação Tecnológica

Art. 114. A Diretoria Ensino e Inovação Tecnológica, é a estrutura subordinada à Diretoria Geral da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica e de apoio do **HERSO**.

Art. 115. A Diretoria Ensino e Inovação Tecnológica compete:

- Planejar, coordenar e supervisionar o trabalho dos profissionais dos setores e unidades subordinados as diretorias;
- Analisar e viabilizar a execução das propostas de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do hospital;
- Representar a diretoria junto aos órgãos superiores do **HERSO**, ouvindo seus pares;
- Identificar e assegurar, de forma articulada ao colegiado executivo, a implementação de ações em infraestrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao aprimoramento para implantação do hospital ensino como campo de prática em ensino, pesquisa e extensão;
- Promover um ambiente integrado e colaborativo entre a atenção à saúde, o ensino, a pesquisa e a extensão;
- Propor e coordenar mecanismos de comunicação e diálogo permanente com Universidade e discentes, que resultem na adesão e respeito às práticas e procedimentos necessários à efetividade do processo de gestão do ensino, da pesquisa e da extensão no hospital;

- Propor e implementar mecanismos de comunicação sobre o papel estratégico do hospital na formação profissional, produção do conhecimento, desenvolvimento tecnológico e inovação;
- Coordenar, no âmbito de sua atuação, o planejamento das ações e atividades alinhadas ao Plano Estratégico do hospital e às ações das demais diretorias e gerências;
- Coordenar e assegurar a implantação de mecanismos de organização e monitoramento das informações referentes ao ensino, à pesquisa e à extensão no hospital;
- Instituir mecanismos de avaliação da gestão do ensino, da pesquisa, e da extensão no âmbito do hospital;
- Coordenar, em parceria com a SES/IES e SMS, a implementação de ações de capacitação necessárias ao aprimoramento e suporte à gestão e desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão;
- Coordenar, em parceria com as Universidades, a observância às normativas e diretrizes legais referentes aos programas de residências em saúde;
- Coordenar o desenvolvimento de ações que assegurem as atividades de preceptoria no âmbito do hospital;
- Articular e promover, junto ao Colegiado Executivo, o suporte às atividades de saúde (Telessaúde, Telemedicina, UnaSUS);
- Propor, avaliar e monitorar o desenvolvimento de quaisquer atividades de ensino e treinamento nas instalações do hospital, voltadas para o corpo discente;
- Articular junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, de forma a estabelecer fluxo de comunicação permanente e implementar mecanismos de apoio às suas ações;
- Contribuir com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), por meio de apoio a indução de projetos de pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação em insumos para a saúde;
- Coordenar o desenvolvimento de ações destinadas a fortalecer a participação do hospital em iniciativas do Sistema Nacional de Inovação em Saúde, como as redes de pesquisas clínicas e os Núcleos de Inovação Tecnológica, quando couber, em consonância a PNCTIS;
- Coordenar o desenvolvimento de ações destinadas a fortalecer a participação do hospital em iniciativas da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, como a implantação ou aprimoramento do Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde, em consonância com a PNCTIS;
- Coordenar e assegurar o aprimoramento da gestão de pesquisas clínicas, de forma a

promover a efetividade e a transparência no processo de aprovação, desenvolvimento e execução orçamentária dos projetos no hospital;

- Coordenar e incentivar a participação do hospital em iniciativas de colaboração em pesquisas e desenvolvimento tecnológico promovidas pela **HERSO;**
- Contribuir na formulação de parâmetros e requisitos específicos ao componente ensino e pesquisa no âmbito de acordos, contratos e convênios e monitorar sua implementação; 23. Articular junto ao INSV de forma a aportar e incorporar sugestões destinadas ao aprimoramento contínuo do hospital como campo de prática;
- Promover e apoiar a realização de eventos científicos e de incentivo ao ensino, pesquisa e extensão;
- Coordenar a elaboração de documentos e relatórios técnicos afins;
- Representar o hospital nos assuntos pertinentes ao ensino, à pesquisa e à extensão;
- Planejar, coordenar e supervisionar o trabalho dos profissionais dos setores e unidades subordinados à Gerência;
- Analisar e viabilizar a execução das propostas de ensino e pesquisa no âmbito do hospital;
- Representar a Gerência junto aos órgãos superiores, ouvindo seus pares.
- Propor à Diretoria Geral, normas e procedimentos para as atividades administrativas ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica do **HERSO.**
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – O titular da Diretoria Ensino E Inovação Tecnológica, é de livre escolha, nomeação e dispensa do Superintendente Executivo do **INSV**, ouvido o Conselho de Administração, devendo a sua designação recair, obrigatoriamente, em profissional com formação de nível superior e, preferencialmente, graduado em pedagogia, letras, experiência em Administração Hospitalar e educação em saúde.

Art. 116. A Diretoria Ensino E Inovação Tecnológica é Composta de:

- Gerência de Ensino
- Gerência de Inovação Tecnológica

Da Gerência de Ensino

Art. 117. A Gerência de Ensino é a estrutura subordinada à Diretoria Ensino e Inovação Tecnológica da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão,

coordenação, controle e avaliação das atividades ensino, pesquisa, extensão e de apoio do **HERSO**.

Art. 118. A Gerência de Ensino compete:

- Zelar pelo cumprimento das diretrizes gerais e funcionamento do programa de Ensino, Pesquisa e extensão, estabelecidas nas diretrizes da Política de educação permanente, continuada e organizacional do **HERSO;**
- Direcionar ações e atividades de gerência administrativa do programa de Ensino, Pesquisa e extensão;
- Prestar contas de relatórios gerenciais e financeiros dos programas à Diretoria-Geral do **HERSO** e SES/GO
- Elaborar em conjunto com seus departamentos propostas de programação anual das atividades de Ensino, Pesquisa e extensão;
- Responder legalmente pelas atividades educacionais prestadas pelos profissionais dos programas de Ensino, Pesquisa e extensão;
- Monitorar, gerenciar e manter em funcionamento das infraestruturas necessárias para os projetos, programas e ações de Ensino, Pesquisa e extensão;
- Promover Gestão de Conhecimento por meio de recursos tecnológicos e recursos intelectuais humanos com foco de agregar valor aos projetos, programas e ações de Ensino, Pesquisa e extensão;
- Apoiar o programa de integração dos novos colaboradores, informando sobre as atividades técnicas e assistenciais;
- Implementar projetos, programas e ações de Ensino, Pesquisa e extensão em conjunto com RH e setor de Qualidade, visando a melhoria na assistência prestada aos usuários do SUS na unidade **HERSO;**
- Desenvolver plano de melhoria nos processos técnicos e comportamentais da equipe assistencial, por meio do acompanhamento dos indicadores de satisfação do cliente, para atendimento de excelência;
- Apoiar a elaboração e a revisão de protocolos das unidades do programa de projetos e ações de Ensino, Pesquisa e extensão;
- Participar da elaboração de projetos referentes à melhoria contínua dos serviços, por meio da coleta de dados, da elaboração de planilhas de controle, mapeamento, gestão de riscos, fluxogramas e cronogramas.

- Atender as demandas da SESG-GO na implantação e implementação de programa, projetos e ações de Ensino, Pesquisa e extensão;
- Acompanhar os registros de pontos dos colaboradores sobre a sua Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão;
- Supervisionar os colaboradores nas entregas dos relatórios solicitados pela SES/SESG-GO e pela Diretoria-Geral do **HERSO;**
- Validar os relatórios mensais, trimestrais e anuais demandados ao gerência de Ensino, Pesquisa e extensão; Atender a outras demandas da Gestão da Unidade.
- Estabelecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa para fomentar a realização de estudos e pesquisas colaborativas.
- Planejar, coordenar e supervisionar o trabalho dos profissionais dos setores e unidades subordinados à Gerência;
- Analisar e viabilizar a execução das propostas de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do hospital;
- Representar a Gerência junto aos órgãos superiores da Universidade, ouvindo seus pares;
- Identificar e assegurar, de forma articulada ao colegiado executivo, a implementação de ações em infraestrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao aprimoramento do hospital como campo de prática em ensino, pesquisa e extensão;
- Promover um ambiente integrado e colaborativo entre a atenção à saúde, o ensino, a pesquisa e a extensão;
- Propor e coordenar mecanismos de comunicação e diálogo permanente com IES e discentes, que resultem na adesão e respeito às práticas e procedimentos necessários à efetividade do processo de gestão do ensino, da pesquisa e da extensão no hospital;
- Propor e implementar mecanismos de comunicação sobre o papel estratégico do hospital na formação profissional, produção do conhecimento, desenvolvimento do RH;

Parágrafo Único - A Gerência de Ensino do **HERSO** é ocupada por profissional com formação de nível superior e, preferencialmente, graduado em Pedagogia, Letras, devidamente habilitado para o exercício da profissão.

Supervisão da COREME

Art. 119. A Supervisão da COREME compete:

- Fazer cumprir, fiscalizar e executar as Normas estabelecidas em seu Regimento

Interno;

- Zelar pela manutenção do padrão da Residência Médica do **HERSO**;
- Elaborar e revisar periodicamente os programas de Residência Médica do **HERSO**, a fim de apreciar as alterações nos Programas de Residência Médica, e existindo novos programas, sugerir as modificações necessárias para adequação aos padrões do ensino e pesquisa da Instituição conforme legislação vigente;
- Solicitar credenciamento e recredenciamento dos programas junto à Comissão Nacional de Residência Médica;
- Coordenar e supervisionar a execução dos Programas de Residência Médica;
- Enviar esforços junto às áreas competentes para obtenção de recursos necessários à execução das ações dos programas de Residências;
- Avaliar as atividades e o rendimento dos Médicos Residentes nos diversos programas de Residência Médica, bem como aprovar a aplicação de medidas disciplinares que fizerem necessárias;
- Avaliar e coordenar o corpo de preceptores;
- Deliberar quanto às licenças e afastamentos solicitados por Residentes;
- Deliberar quanto às licenças e afastamentos solicitados pelos Preceptores;
- Acompanhar e avaliar as atividades dos médicos residentes externos.
- Emitir Certificado de Conclusão da Residência Médica.

Supervisão da COREMU

Art. 120. A Supervisão da COREMU compete:

- Fazer cumprir, fiscalizar e executar as Normas estabelecidas em seu Regimento Interno;
- Zelar pela manutenção do padrão da Residência multiprofissional do **HERSO**;
- Elaborar e revisar periodicamente os programas de Residência Multiprofissional e também a uni profissional do **HERSO**, a fim de apreciar as alterações nos Programas de Residência Médica, e existindo novos programas, sugerir as modificações necessárias para adequação aos padrões do ensino e pesquisa da Instituição conforme legislação vigente;
- Solicitar credenciamento e recredenciamento dos programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional;
- Coordenar e supervisionar a execução dos Programas de Residência Médica;

- Enviar esforços junto às áreas competentes para obtenção de recursos necessários à execução das ações dos programas de Residências;
- Avaliar as atividades e o rendimento dos Residentes multiprofissionais nos diversos programas de Residência Multiprofissionais, bem como aprovar a aplicação de medidas disciplinares que fizerem necessárias;
- Avaliar e coordenar o corpo de preceptores;
- Deliberar quanto às licenças e afastamentos solicitados por Residentes;
- Deliberar quanto às licenças e afastamentos solicitados pelos Preceptores;
- Acompanhar e avaliar as atividades dos médicos residentes externos.
- Emitir Certificado de Conclusão da Residência multiprofissional.

Supervisão de Estágio

Art. 121. A Supervisão de Estágio compete:

- Coordenar as atividades do Departamento;
- Convocar reuniões e presidi-las;
- Encaminhar deliberações de sua competência a Diretoria do Ensino e Pesquisa e demais instâncias da SES-GO;
- Executar planos de ações definidos no Planejamento Estratégico da Instituição.
- Garantir a execução do programa da Divisão de Ensino já definidos no calendário anual
- Analisar indicadores do setor e definir ações para melhoria contínua no que tange o desempenho dos supervisores e aperfeiçoando-os;
- Elaborar Relatórios conforme cronograma e encaminhar a Diretoria do Ensino e Pesquisa;
- Dentre outras atividades estratégicas, táticas e operacionais.

Supervisão de Educação Permanente

Art. 122. A Supervisão de Educação Permanente compete:

- Pensar a saúde de forma ampliada preparando os profissionais das diversas áreas para assumir adequadamente suas funções, com vistas a prestar atendimento integral ao usuário;
- Estimular a formação da equipe multiprofissional de saúde, através do desenvolvimento de um novo modo de pensar fazer crítico-reflexivo que promova mudanças nos

processos e relações de trabalho;

- Fomentar parcerias que venham fortalecer e potencializar as ações de atenção e gestão em saúde;
- Pactuar com os diversos atores e gestores institucionais a prioridade dos processos educacionais nos setores da Unidade Hospitalar **HERSO;**
- Ajudar no alcance do mais alto nível de assistência multiprofissional dispensada aos usuários da Unidade Hospitalar **HERSO;**
- Contribuir com a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, por meio de processo de formação de trabalhadores, integrando com ensino, pesquisa e extensão, visando a qualificação da gestão e dos trabalhadores em todos os níveis de atenção à Saúde da Rede de Urgência e Emergência do SUS;
- Fortalecer o processo de integração Ensino-Serviço-Comunidade para a melhoria no âmbito Assistencial e de Gestão, considerando as linhas de cuidado preconizadas pelo Ministério da Saúde;
- Suprir as necessidades dos trabalhadores no que tange à formação e qualificação por meio de práticas do cotidiano dos Serviços prestados, contemplando o eixo técnico, científico, gerencial e comportamental de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Trabalho Educação na Saúde como Políticas Indutoras Interministeriais (Ministérios da Saúde e da Educação);
- Promover programas educacionais que envolvam trabalhadores, usuários e instituições parceiras Unidade Hospitalar **HERSO** fomentando e assegurando estratégias de educação permanente, visando o caráter pedagógico e habilidades técnicas científicas de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização;
- Estimular o desenvolvimento e divulgação da produção científica, tecnológica e cultural dos profissionais da Unidade Hospitalar **HERSO;**
- Subsidiar a elaboração e implantação de cursos de capacitação, treinamento e especialização, considerando o número de profissionais desta Unidade Hospitalar **HERSO**;
- Colaborar no desenvolvimento de projetos interinstitucionais de cunho social e acadêmico, com envolvimento de profissionais desta Unidade Hospitalar **HERSO;**
- Avaliar e deliberar sobre a realização e/ou participação em cursos/capacitações, bem como a viabilidade da participação dos Servidores desta Unidade Hospitalar **HERSO** em eventos acadêmicos e científicos.

Supervisão Psicopedagógico

Art. 123. A Supervisão Psicopedagogia compete:

- Analisar e assinalar os fatores que favorecem, intervém ou prejudicam uma boa aprendizagem em programas de residências
- Propõe e ajuda o desenvolvimento dos projetos favoráveis a mudanças, também Psicoprofilaticamente.
- Identificando os alunos que apresentam dificuldades em sala.
- Fazer uma intervenção individualizada, verificar o perfil do aluno e ver se ele é condizente com a metodologia adotada no programa de residência
- Incorporação de informações e o desenvolvimento de experiências, promovendo modificações estáveis na personalidade e na dinâmica grupal as quais revertem no manejo instrumental da realidade.
- Psicopedagogia Clínica diagnostica, orienta, atende em tratamento e investiga os problemas emergentes nos processos de aprendizagem;
- Esclarece os obstáculos que interferem para haver uma boa aprendizagem.
- Favorece o desenvolvimento de atitudes e processos de aprendizagem adequados
- Acompanhar o desenvolvimento do trabalho docente;
- Elaborar textos de orientação;
- Produzir material de apoio pedagógico;
- Observar o desempenho acadêmico dos discentes;
- Coordenar projetos e atividades de recuperação da aprendizagem;
- Administrar conflitos disciplinares entre professores e alunos;
- Intervir na aplicação de medidas disciplinares;
- Interpretar as relações que possibilitam ou impossibilitam a emergência do processo de ensino aprendizagem;
- Participar das reuniões de coordenação e conselhos de classe, quando for o caso;
- Prestar serviços de atendimento e apoio acadêmico às pessoas com deficiência;

Da Gerência de Inovação Tecnológica

Art. 124 A Gerência de Inovação Tecnológica é a estrutura subordinada à Diretoria Ensino e Inovação Tecnológica da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades inovação tecnológica e de apoio do **HERSO**.

Art. 125. A Gerência de Inovação Tecnológica compete:

- Zelar pela manutenção da política institucional de estímulo à proteção das criações, inovações, licenciamentos e outras formas de interação acadêmica e transferência de tecnologia;
- Promover a proteção e utilização das criações geradas no âmbito da **HERSO**;
- Disseminar a cultura da propriedade intelectual, da interação acadêmica e do empreendedorismo;
- Promover a integração da **HERSO** com o setor produtivo para a geração, intercâmbio e transferência de tecnologia;
- Estudar práticas empreendedoras para a promoção do empreendedorismo na comunidade interna e externa da **HERSO;**
- Promover a capacitação de integrantes do IT Saúde e da comunidade acadêmica nestes temas.

Parágrafo Único - A Gerência de Inovação tecnológica do **HERSO** é ocupada por profissional com formação de nível superior e, preferencialmente, graduado em Pedagogia, Tecnologia da Educação (EAD), Letras, com devidamente habilitado para o exercício da profissão.

Supervisão da Biblioteca

Art. 126. A Supervisão da Biblioteca compete:

- Coordenação, organização, articulação, supervisão de todas atividades desenvolvidas dentro da biblioteca;
- Conferir pedidos de aquisição com o acervo;
- Receber e conferir os materiais adquiridos;
- Examinar e conferir a integridade dos materiais bibliográficos e não bibliográficos.
- Colocar a identificação da instituição no material adquirido;
- Registrar os materiais bibliográficos e não bibliográficos recebidos;
- Manter atualizados os catálogos de livreiros e editores;
- Acusar o recebimento das doações e permutas;
- Registrar as baixas no acervo;
- Auxiliar no inventário do acervo;
- Digitar a entrada de dados em sistemas de informações bibliográficas;

- Extrair os produtos previstos nos sistemas de informações bibliográficas;
- Preparar material para empréstimo e circulação;
- Recuperar e executar pequenos reparos nos materiais;
- Informar sobre os serviços disponíveis na biblioteca;
- Informar aos usuários sobre as normas de empréstimos;
- Operar o sistema de empréstimo, devolução, renovação e reserva (exclusivamente para os residentes médicos, residentes multiprofissionais, corpo clínico e colaboradores com vínculo empregatício com regime celetista ou estatutário);
- Cadastrar os usuários junto à biblioteca;
- Ordenar os materiais bibliográficos e não bibliográficos nos seus locais próprios para armazenagem;
- Coletar dados estatísticos das tarefas sob sua responsabilidade;
- Manter organizado a parte de empréstimo;
- Auxiliar na operacionalização dos serviços de disseminação e informação, tais como boletins, avisos, alertas, etc;
- Auxiliar no inventário dos bens patrimoniais da biblioteca;
- Confeccionar relatórios solicitados, ofícios e memorandos;
- Acesso à internet para pesquisas científicas;
- Estratégia de busca e Levantamento bibliográfico;
- Serviço de referência relacionado a pesquisa científica;
- Elaboração de ficha catalográfica;
- Capacitação de usuários;
- Treinamento de base de dados científicas disponibilizadas pelo hospital
- Divulgar o acesso ao UpToDate junto à comunidade interessada e da necessidade de renovação de acesso a cada 90 dias;
- Treinamento para a normalização de trabalhos científicos nos padrões: ABNT. Vancouver e APA;
- Catalogar todos livros físicos no software Gnuteca;
- Indexar as pesquisas realizadas dentro do hospital e que não foram realizados publicações na BVS para contribuir com a divulgação da informação;
- Planejar e executar as atividades técnicas ligadas à seleção, aquisição e descarte de materiais bibliográficos, aquisição de materiais, conforme as normas existentes no **HERSO**;
- Catalogar classificar e indexar o acervo bibliográfico em qualquer formato, seguindo as

normas e padrões específicos para tais atividades e as orientações técnicas do Responsável técnico da Biblioteca, mantendo essas bases de dados sempre atualizadas;

- Indexar TCRs no repositório digital.

Supervisão da Revista Científica em Saúde

Art. 127. A Supervisão da Revista Cientifica em Saúde compete:

- Receber os artigos enviados;
- Verificar se o artigo está dentro do padrão estabelecido pela revista;
- Verificar plágio
- Enviar o artigo para o parecerista/revisores
- Receber o parecer dos revisores;
- Correção e aprovação da versão final do artigo;
- Edição e editoração;
- Publicação da versão final na página da revista
- Indexação;
- Divulgação;
- Métodos utilizados na revista;
- Selecionar avaliadores com título de Doutor/ Mestrado/ Especialista, oriundos de diferentes instituições do país e do exterior e avaliação em sistema duplo cego;
- Definir as regras de submissões dos textos;
- Definir a política do periódico científico;
- Formar um Comitê Editorial multi-institucional com a relação do(s) editor(es) e a respectiva indicação de titulação, vínculo institucional e e-mail de cada um deles;
- Criar metas em curto, médio e longo prazos;
- Promover a institucionalização do portal, formalizando políticas de armazenamento, segurança e manutenção dos dados;
- Reunir em um único ambiente os periódicos técnico-científicos da Instituição, utilizando o software, e promovendo a política do acesso livre;

Supervisão da Telemedicina/EAD

Art. 128. A Supervisão da Telemedicina compete:

- Organizar, planejar, acompanhar e monitorar o serviço de a prestação remota de

serviços de saúde através da utilização de recursos tecnológicos e de telecomunicações para a troca de informações nos diferentes níveis de atenção à saúde, entre profissionais de saúde e entre médicos e pacientes;

- Organizar a atenção pelo recurso da telemedicina nas etapas: podemos dizer que a Telemedicina serve para atender a 3 frentes básicas:
- Consultas: que podem ser feitas à distância, facilitando o acesso à medicina, e ainda contar com auxílio de outros especialistas, seja para uma segunda opinião médica ou mesmo para orientações específicas sobre certos procedimentos;
- Assistência: que consiste no monitoramento constante dos pacientes, que se torna mais acessível e prático pela tecnologia remota, seja para casos de doenças crônicas, na medicina preventiva ou em situações especiais, como de idosos ou gestantes;
- Educação: que possibilita maiores trocas de especialistas, além de acesso à qualificação e aperfeiçoamento mesmo longe de grandes centros, por meio de aulas à distância, videoconferências, palestras e etc.
- Analisar pedagogicamente os instrumentais a fim de verificar e apontar alternativas para as aulas, seguindo a dinâmica da EaD;
- Revisar os Planos de Ensino dos cursos;
- Realizar levantamentos semanais e enviar à Coordenação, para que esta acompanhe o andamento das aulas;
- Acompanhar os prazos de postagens dos materiais no AVA;
- Acompanhar as postagens dos materiais, procurando manter atualizadas as planilhas a fim de evitar atrasos;
- Preencher os diários das disciplinas com conteúdo ministrados;
- Imprimir e recolher as assinaturas dos docentes nos planos de ensino;
- Supervisionar as atividades realizadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem, nos cursos de EaD;
- Orientar os docentes e coordenações dos cursos EaD;
- Exercer as atividades típicas de desenvolvimento dos cursos;
- Participar das reuniões de coordenação e conselhos de classe, quando for o caso;
- Prestar serviços de atendimento e apoio acadêmico às pessoas com deficiência;
- Aplicar a interação Humano-computador nas ferramentas EaD;
- Auxiliar no acompanhamento pedagógico de Estágio ou TCC, com registros das orientações feitas;
- Fazer o acompanhamento pedagógico de Estágio junto à Coordenação de Integração

Escola, Empresa e Comunidade, com registros das orientações feitas;

- Analisar processos de implantação e implementação de programas, projetos tecnológicos, sociais, culturais, artísticos e esportivos, cursos de formação inicial e continuada, eventos, estágio, emprego, acompanhamento de egressos, visitas técnicas e empreendedorismo;
- Executar atividades de acompanhamento de estudos e pesquisas sobre demanda de estágio e emprego;

Supervisão da Pesquisa

Art. 129. A Supervisão da Pesquisa compete:

- Coordenar, orientar, e acompanhar as atividades de pesquisa e extensão realizadas no Colégio de Aplicação;
- Compor o Colegiado de Pesquisa do Centro de Ciências da Educação;
- Representar o Colégio de Aplicação nas reuniões relativas à pesquisa e extensão na UFSC e outras instituições;
- Cumprir e fazer cumprir o regimento do Colégio de Aplicação, legislação e decisões superiores na esfera de suas atribuições;
- Promover reunião com coordenadores de projeto;
- Receber as propostas de projeto e pesquisa e extensão e encaminhá-las ao Colegiado para apreciação;
- Participar nas reuniões do Colegiado como membro nato;
- Acompanhar a execução de projetos de pesquisa e extensão quando aprovados pelo Colegiado do Colégio;
- Divulgar as agências de fomento de projetos de pesquisa e extensão, informando sobre a época dos encaminhamentos de projetos;
- Orientar quanto às normas para elaboração de projetos de pesquisa e de extensão e no preenchimento de formulários para agências de fomentos;
- Manter arquivo atualizado com os processos (projetos, pareceres, relatórios parciais e finais) das atividades de pesquisa e extensão;
- Realizar e divulgar eventos e publicações de divulgação da produção científica;
- Coordenar a Amostra Artística, Científica e Cultural do Colégio de Aplicação (ACAC/CA);
- Organizar seminários internos e externos para divulgação, avaliação, acompanhamento e troca de experiências dos projetos realizados no Colégio de Aplicação;

- Incentivar o intercâmbio de projetos de pesquisa e trabalhos científicos, tanto com a Universidade Federal de Santa Catarina, como com outras instituições;
- Fornecer declarações para os participantes de projetos de pesquisa e extensão;
- Realizar eventos de capacitação visando orientar a elaboração de projetos e relatórios de pesquisa e extensão;
- Orientar os docentes e técnico-administrativos sobre o recolhimento de taxas e percentuais relativos à consultoria e eventos de pesquisa e extensão.

6.2 Proposta de Regimento da Enfermagem

Este regimento é o reflexo da estrutura diretiva do Serviço de Enfermagem no **HERSO** e retrata, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e políticos da Enfermagem e institui as normas gerais do funcionamento do Serviço.

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE E OBJETIVO

Art. 1°. O Serviço de Enfermagem tem por finalidade desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência, ensino, pesquisa e administração, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações.

Art. 2°. O Serviço de Enfermagem terá como objetivos:

- Prestar atendimento de enfermagem em regime de internação, utilizando-se de método assistencial.
- Ser campo de ensino, pesquisa e extensão, em cooperação com as unidades de ensino e saúde com as quais a do **HERSO** for conveniada;
- Buscar a valorização do trabalho e do trabalhador, através de estratégias e programas voltados à pesquisa, a formação continuada e a organização profissional.
- Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.
- Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível.
- Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no

aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.

- Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 3°. O Serviço de Enfermagem, será subordinado diretamente à Diretoria Técnica, possuirá administração própria e autonomia profissional, sobre as quais manterá autoridade e responsabilidade. Será liderado exclusivamente por Enfermeiro, com experiência comprovada em liderança e gerenciamento.

Art. 4°. O Serviço de Enfermagem tem a seguinte estrutura:

- Supervisão de Internação
- Supervisão do serviço de urgência
- Supervisão do Ambulatório
- Supervisão do centro Cirúrgico
- Supervisão da Central de Material e Esterilização – CME
- Supervisão do NIR
- Supervisão da UTI

Art. 5°. A Gerência de Enfermagem será a instância máxima administrativa na organização da Enfermagem, possui caráter executivo, sendo responsável ainda, pelo planejamento, coordenação e avaliação da assistência de enfermagem do **HERSO**.

Art. 6°. O Gerente Geral de Enfermagem será o representante do Serviço de Enfermagem perante as demais lideranças, será o elo com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, nele desenvolvidas.

Art. 7°. A Gerência de Enfermagem será ocupada por enfermeiro com experiência mínima de 02 (dois) anos em gerenciamento e liderança em enfermagem, devendo exercer suas funções em regime de 8 horas diárias até o limite de 44 horas semanais.

Art. 8° O Gerente Geral de Enfermagem em seus impedimentos será substituído por um dos Enfermeiros Coordenadores de Setor, por ele indicado.

Parágrafo Único - Os impedimentos a que se refere este artigo são os seguintes: Férias; Licenças regulamentadas em Lei, não superior a seis meses; Participação em eventos; Viagens a serviço.

Art. 9°. Serão constituídas comissões de assessoramento e/ou auditoria do Serviço de Enfermagem, podendo ser de caráter permanente ou temporário.

Parágrafo Único - As comissões de caráter temporário serão designadas pela Diretoria Técnica, por tempo determinado para atuarem em situações específicas.

Art. 10°. A Comissão Permanente do Serviço de Enfermagem é a Comissão de Ética de Enfermagem (CEEN).

Art. 11. A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidade educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. Possui regimento próprio devidamente legitimado pelo Serviço de Enfermagem e aprovado pela Direção Técnica.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 12. A Gerência de Enfermagem compete:

- Executar todas as atividades específicas e auxiliares da equipe de Enfermagem do **HERSO**.
- Atender aos pacientes do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado –**HERSO** através do planejamento terapêutico de Enfermagem e das atividades auxiliares à equipe multiprofissional.
- Definir as atribuições de seu pessoal.
- Manter elevado padrão de Enfermagem, através do planejamento da assistência humanizada, promovendo as condições necessárias para tal.
- Colaborar com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Qualidade, Comissão de Padronização, e outras que vierem a existir, no planejamento e implantação de ações.
- Colaborar com a formação de profissionais promovendo campo de estágio para os alunos.
- Realizar, estimular e colaborar em pesquisas na área da saúde.
- Participar dos programas e atividades da equipe multiprofissional do **HERSO**.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal.
- Outras atividades correlatas.

Art. 13. Compete a Supervisão de Internação:

- Proporcionar assistência ao paciente internado.
- Proporcionar ambiente seguro e confortável, necessário à manutenção das condições físicas e psicológicas.
- Elaborar e executar o plano terapêutico de enfermagem, as prescrições médicas e de outros membros da equipe multiprofissional, quando for ocaso.
- Manter estoque de material e medicamentos necessários para o bom funcionamento do serviço fazendo controle diário e periódico dos mesmos.
- Manter sob sua guarda e responsabilidade, os prontuários dos pacientes internados.
- Manter o controle dos pacientes internados, através de registros no prontuário, censo diário e comunicação com os serviços competentes.
- Colaborar com os Serviços de Nutrição, Processamento de Roupas e Higienização.
- Manter ambiente de trabalho harmonioso, observando os princípios da ética profissional e a filosofia multiprofissional.
- Apresentar relatórios das atividades da supervisão de internação à Gerência de Enfermagem.
- Outras atividades correlatas.

Art. 14. Compete a Supervisão do Centro Cirúrgico/RPA:

- Atender a equipe cirúrgica durante o ato operatório.
- Executar as tarefas próprias, de acordo com as técnicas exigidas.
- Prestar assistência integral ao paciente anestesia do ou não, até que seja determinado seu retorno ao setor de origem.
- Manter em condições de funcionamento o equipamento das salas cirúrgicas.
- Manter medicamentos, inclusive de urgência, bem como demais materiais, em estoque suficiente e em condições que favoreçam o uso imediato.
- Manter controle rigoroso da limpeza do ambiente.
- Observar rigorosamente a rotina específica para o preparo e atendimento nas salas cirúrgicas.
- Manter registro de todas as atividades realizadas, suspensas, através de anotações no prontuário, censo diário, mapa de procedimentos, registro em formulários específicos.
- Manter ambiente de trabalho harmonioso, observando os princípios da ética profissional

e a filosofia da multiprofissional idade.

- Avaliar atentamente o estado de consciência e as condições hemodinâmicas do paciente no período de recuperação pós-anestésica, com o objetivo de detectar precocemente os sinais de complicações pós-operatórias.
- Promover assistência adequada para recuperação da consciência e estabilidade dos sinais vitais do paciente.
- Outras atividades correlatas.

Art. 15. Compete à Central de Materiais e Esterilização - CME:

- Receber, limpar, acondicionar, esterilizar e guardar o instrumental, roupas e demais materiais que necessitem ser esterilizados.
- Preparar as caixas de instrumental para cirurgias de acordo com as listas atualizadas, segundo as orientações do Enfermeiro Supervisor.
- Controlar e distribuir o material esterilizado para os setores do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado –**HERSO** que os utilizam.
- Providenciar revisões periódicas dos aparelhos e equipamentos esterilizadores, mantê-los em perfeito funcionamento, controlando-os mediante provas de laboratório, gráficos próprios e meios químicos.
- Controlar e coordenar o preparo e esterilização de materiais e instrumentos, devendo esta atividade ser desenvolvida por um enfermeiro.
- Comunicar qualquer eventualidade que ocorra e que possa interferir no bom andamento das rotinas das salas de procedimentos cirúrgicos.
- Registrar e apresentar relatório mensal de todas as atividades da CME à Gerência de Enfermagem.
- Outras atividades correlatas.

Art. 16. Compete a Supervisão do Serviço de Urgência:

- Recepcionar e prestar atendimento imediato de enfermagem aos pacientes externos para exames e tratamentos.
- Proceder as primeiras providências necessárias à preservação da vida.
- Realizar consulta identificando as causas e efeitos em motivos que ocasionaram o evento.
- Participar, junto com os demais membros da equipe multiprofissional, nos diversos programas de atendimento aos clientes do **HERSO**.
- Distribuir prontuários das consultas agendadas, de acordo com as especialidades.

- Prestar aos usuários, informações e orientações inerentes ao serviço.
- Prover a manutenção dos consultórios com materiais e equipamentos adequados para os atendimentos.
- Proporcionar a correta manutenção do material e equipamentos para garantir condições de uso imediato.
- Controlar os prontuários sob sua responsabilidade.
- Apresentar relatório mensal de suas atividades à Gerência de Enfermagem.
- Outras atividades correlatas.

Art. 17. A Supervisão do serviço de NIR compete:

- Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;
- Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais, para que estes sejam discutidos na alta gestão;
- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, em ambulatório, cirurgia e internação;
- Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde – RAS) junto a alta gestão, que permitam o planejamento da adequação do perfil de leitos hospitalares ofertados;
- Otimizar a utilização dos leitos, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados para a RAS;
- Estabelecer e monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar;
- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão do hospital desempenhadas pelas equipes assistenciais
- Ser referência Hospitalar para a regulação de leitos;
- Disponibilizar a necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- Gerenciar as diferentes ofertas de serviços de ambulatório, cirúrgico e internação;
- Estabelecer mecanismos de apoio e controles necessários das atividades da equipe;
- Gerenciar monitoramento dos resultados, painel de indicadores, realizar análise crítica de resultados, propondo ações de melhoria;
- Definir junto às equipes médicas e chefias de unidades na criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;

- Contribuir na implantação e acompanhamento dos mecanismos de gestão da unidade hospitalar;
- Contribuir junto ao setor de Educação Continuada e Qualidade, na definição dos fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar;
- Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar;
- Estimular o cuidado horizontal dentro da instituição;
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável.

Art. 18. A Supervisão do Ambulatório compete:

- Recepcionar e prestar atendimento ambulatorial de enfermagem aos pacientes externos para exames e tratamentos.
- Proceder as providências necessárias à preservação classificação de risco
- Realizar consulta identificando as causas e efeitos em motivos que ocasionaram o evento.
- Participar, junto com os demais membros da equipe multiprofissional, nos diversos programas de atendimento aos clientes do **HERSO**.
- Distribuir prontuários das consultas agendadas, de acordo com as especialidades.
- Prestar aos usuários, informações e orientações inerentes ao serviço.
- Prover a manutenção dos consultórios com materiais e equipamentos adequados para os atendimentos.
- Proporcionar a correta manutenção do material e equipamentos para garantir condições de uso imediato.
- Controlar os prontuários sob sua responsabilidade.
- Apresentar relatório mensal de suas atividades à Gerência de Enfermagem.
- Outras atividades correlatas.
-

Supervisão da UTI

Art. 19. A Supervisão da UTI é estrutura subordinada à Gerência de Enfermagem destinada às atividades da unidade de terapia intensiva programadas e serão operacionalizadas por profissional graduado em Enfermagem.

Art. 20. A Supervisão da UTI compete:

- Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas na unidade de terapia intensiva, de forma democrática, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe e estudantes;
- Participar, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem, na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem da Semi-intensiva;
- Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem Auxiliar/Técnico e Enfermeiro;
- Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem;
- Integrar a Semi-intensiva com os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional;
- Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição;
- Manter a equipe de enfermagem atualizada, organizando ciclos de atualizações, em consonância com a equipe Médica e registrando informes em livro de relatório;
- Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor, registrando cuidadosamente todos os assuntos discutidos em livro ata destinado exclusivamente a este fim;
- Organizar, incentivar e participar de confraternizações em datas especiais e aniversários, de todos os membros da equipe;
- Encaminhar comunicações de troca à coordenação de Enfermagem seguindo sempre as determinações desta;
- Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas relacionados no livro de relatório;
- Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais;
- Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem;
- Supervisionar a arrumação do armário de reserva de medicamentos e materiais;
- Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de equipamentos de reserva;
- Controlar saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição;
- Manter lista de equipamentos existentes na unidade devidamente atualizada;
- Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem;
- Providenciar a realização de exames complementares a serem realizados fora da instituição;
- Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento da unidade;
- Fazer censo mensal;

- Realizar relatório, anualmente e sempre que necessário, para a Coordenação de Enfermagem, documentando fatos, atividades e desempenho anual, sugerindo atitudes em conformidade com a equipe de enfermagem;
- Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos;
- Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores do hospital;
- Coordenar e supervisionar estágios de profissionais de saúde no seu serviço;
- Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade do mesmo.

CAPÍTULO IV

DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 21. Classificação das categorias profissionais:

- Gerente operacional de Enfermagem
- Enfermeiro RT
- Enfermeiros supervisores de serviços
- Enfermeiros Assistenciais
- Técnico de Enfermagem
- Estagiários de enfermagem

Art. 22. Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

- Enfermeiro RT: Registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe; Possuir Certidão negativa; Enfermeiro do quadro permanente com Experiência profissional comprovada em gerenciamento e liderança em enfermagem.
- Gerente do Serviço de Enfermagem: Registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe; Possuir Certidão negativa; Enfermeiro do quadro permanente com Experiência profissional comprovada em gerenciamento no mínimo de 2 anos e liderança em enfermagem.
- Enfermeiro supervisor de serviços: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe; Conhecimento específico comprovado para liderança do Setor.
- Enfermeiros Assistenciais: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe, Certidão Negativa e Perfil para trabalhar em equipe.

- Técnico de Enfermagem: Registro profissional no COREN-GO como técnico de enfermagem; estar regularizado com o Órgão de Classe; Certidão Negativa e Perfil para trabalhar em equipe.
- Estagiário de Enfermagem:
    - Nível Médio: Comprovação de aprovação na disciplina Introdução à Enfermagem ou Fundamentos de Enfermagem. Declaração da Escola Técnica constando a previsão de conclusão do curso, autorizado pela SESG/SES/GO
    - Nível Superior: Comprovação de conclusão do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem. Declaração da Universidade constando a previsão de conclusão do curso, autorizado pela SESG/SES/GO

CAPÍTULO V

DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 23. São atribuições do enfermeiro Gerente Operacional e RT:

- Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades da instituição, em perfeita conformidade com o regulamento do exercício da Enfermagem.
- Estruturar, organizar e dirigir os serviços sob a sua responsabilidade, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade.
- Organizar, dirigir e supervisionar os serviços executados pela equipe de Enfermagem, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes nas vinte e quatro horas.
- Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da unidade.
- Elaborar, propor e executar o plano de atividades da sua área de responsabilidade, inclusive normas quando necessárias.
- Aprovar os planos, dirigir e controlar as atividades das áreas subordinadas, a saber: (Urgência/Unidades de Internação/Ambulatório/Centro Cirúrgico-RPA/CME/NIR)
- Acompanhar problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção e outros).
- Autorizar trocas de plantões na área de sua responsabilidade que exceda uma carga horária normatizada.
- Aprovar e/ou elaborar os Pops (Procedimento Operacional Padrão) das áreas de sua responsabilidade.

- Dar sugestão das alterações em Protocolos e Instruções de Trabalho que possibilitem a melhoria contínua.
- Prever com os Enfermeiros Coordenadores de Setor materiais e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas áreas sob sua responsabilidade.
- Realizar controle mensal de: custo com medicamentos, custo com material médico-hospitalar; desempenho em relação aos registros de enfermagem; percentual de profissionais que participaram do programa de treinamento; percentual de funcionários novos treinados.
- Propor medidas de redução / eliminação de custos e ampliação de receitas.
- Realizar com os Enfermeiros Coordenadores a programação anual da capacitação para a equipe de enfermagem.
- Colaborar na execução do treinamento da área de sua responsabilidade.
- Colaborar com o Comitê Técnico de Gerenciamento de Resíduos (GTRSS) e com o serviço de Recursos Humanos na capacitação de profissionais da unidade.
- Analisar a avaliação de desempenho semestral.
- Analisar e avaliar qualitativa e quantitativamente os serviços realizados pela equipe das áreas sob sua responsabilidade.
- Participar das reuniões da CCIH e do CTGRSS.
- Zelar pelo patrimônio e imagem do hospital.
- Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais.
- Elaborar com a coordenação responsável a necessidade de materiais e equipamentos para uso na assistência de sua responsabilidade.
- Manter a Diretoria Técnica informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com as áreas de sua responsabilidade.
- Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da própria equipe de trabalho das áreas sob a sua responsabilidade.
- Motivar a equipe para uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada.
- Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe.
- Convocar e presidir reuniões com as enfermeiras coordenadoras;
- Manter uma integração com os demais serviços para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.

Art. 24. São atribuições Enfermeiro Supervisor de Serviços

- Conduzir a passagem de plantão na unidade de internação, no período da manhã, com a participação do Enfermeiro Assistencial e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Observar:
- Evolução clínica dos pacientes
- Medicações pendentes (observar as justificativas)
- Materiais em falta
- Problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção, problemas com acompanhantes e outros)
- Supervisionar o horário da passagem do CME
- Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme necessidades.
- Observar o livro de ocorrências da Enfermeira e dos Técnicos (Assinar e registrar o número do COREN).
- Observar as solicitações de exames e encaminhá-las.
- Solicitar diariamente os materiais e medicações necessárias.
- Realizar uma ronda na unidade, avaliando a dinâmica do trabalho.
- Com o Enfermeiro Assistente, avaliara assistência de Enfermagem prestada aos pacientes, identificando as necessidades e dando as orientações necessárias.
- Supervisionar a realização da evolução dos pacientes, pela (o) enfermeira (o) assistencial.
- Verificar os equipamentos da unidade: funcionamento, os que estão em uso, os emprestados, a limpeza e conservação dos mesmos.
- Verificar a validade do material em estoque do CME.
- Observar as necessidades de ajustes na escala mensal: solicitações de trocas, atestado médico, atestado de comparecimento, folgas, justificativas de faltas.
- Elaborar distribuição dos técnicos no período da tarde.
- Viabilizar exames: marcação, cobrar resultados, observar preparo.
- Orientar os pacientes sobre o preparo dos exames.
- Conduzir a passagem de plantão (manhã para a tarde).
- Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme a necessidade.
- Controlar entorpecentes e carro de emergência.
- Observar os encaminhamentos de: exames, cirurgias, retornos.

- Realizar reposição dos impressos.
- Dirigir-se a sala do (a) Gerente Geral de Enfermagem:
- Passar o plantão
- Registrar as ocorrências em livro reservado para este fim
- Realizar treinamento em serviço.
- Elaborar a escala mensal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e encaminhá-las para conferência do (a) Gerente Operacional de Enfermagem e posterior aprovação.

Art. 25. São atribuições Enfermeiro Assistencial no período da manhã (de 07:00 às 13:00 horas):

- Realizar histórico de enfermagem durante a admissão do paciente.
- Realizar diagnóstico de enfermagem dos pacientes pertencentes ao setor sob sua responsabilidade.
- Evoluir os pacientes pertencentes ao setor sob sua responsabilidade.
- Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade.
- Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves.
- Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade.
- Participar da passagem de plantão no início do turno.
- Realizar visita aos pacientes, conferindo a permanência dos mesmos, com o censo eletrônico impresso pela enfermeira do SN.
- Passar para o próximo enfermeiro as necessidades relacionadas aos pacientes internados.
- No início do período, iniciar o relatório de enfermagem.
- Realizar curativos de grande extensão.
- No final do período, fechar o relatório e realizar o registro das ocorrências.
- No final do período, participar da passagem de plantão;
- Emitir novo censo da unidade.
- Repor o carro de emergência, quando necessário, e diariamente realizar a conferência do lacre no impresso apropriado.

Art. 26. São atribuições Enfermeiro Assistencial no período da tarde (de 13:00 às 19:00 horas):

- Realizar histórico de enfermagem.
- Evoluir os pacientes.
- Realizar prescrições de enfermagem dos pacientes sob a sua responsabilidade.

- Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves.
- Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade.
- Participar da passagem de plantão no início do período.
- Visitar os pacientes, conferindo os mesmos com o censo eletrônico impresso no período da manhã com o Relatório de enfermagem e fazer os registros necessários no impresso Observação de enfermagem: paciente que retornou ou que será encaminhado para o CC; encaminhamentos e pendências em relação a exames e intercorrências:
- Repor o carro de emergência quando necessário e diariamente realizar a conferência do lacre, registrando no impresso apropriado.
- Realizar uma ronda na unidade.
- Atualizar o censo eletrônico.
- Fechar o relatório de enfermagem.
- Registrar as ocorrências em livro apropriado.
- Conferir com a ajuda do auxiliar/técnico de enfermagem ou auxiliar administrativo as medicações liberadas pela farmácia.
- Realizar passagem de plantão para o enfermeiro (a) que irá trabalhar no próximo turno.

Art. 27. São atribuições Enfermeiro Assistencial, no período noturno (de 19:00 às 07:00 horas):

- Realizar diagnóstico de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade que agravaram no seu período de trabalho ou que foram admitidos.
- Anotar a evolução dos pacientes sob sua responsabilidade que agravaram no seu período de trabalho ou que foram admitidos.
- Providenciar prescrições de enfermagem dos pacientes sob a sua responsabilidade que agravaram no seu período de trabalho ou que foram admitidos.
- Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves.
- Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade.
- Estar presente na passagem de plantão no início do período.
- Realizar uma ronda nas unidades que está escalado, atendendo as necessidades e intercorrências, executando registros quando necessário no impresso de observação de enfermagem.
- Conferir todos os prontuários: medicações prescritas e administradas, exames realizados, preparo de exames e cirurgias.
- Encaminhar as prescrições pendentes para a farmácia.
- Realizar as admissões conforme rotina da unidade.

- Realizar nova ronda nas unidades, executando registros quando necessário, no impresso de observação de enfermagem.
- Atender intercorrências e supervisionar a assistência.
- Repor o carro de emergência quando necessário e diariamente realizar a conferência do lacre, registrando no impresso apropriado.
- Realizar a movimentação eletrônica: Altas e óbitos.

Técnico de Enfermagem

Art. 28. São atribuições do Técnico de Enfermagem

- Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão.
- Executar o plano de assistência elaborado pela enfermeira.
- Prestar assistência de enfermagem sob a supervisão da enfermeira.
- Fazer o registro das anotações de enfermagem e das atividades executadas.

Art. 29. São atribuições Estagiário de Enfermagem - Nível Superior:

- Realizar histórico de enfermagem durante a admissão do paciente.
- Fazer diagnóstico de enfermagem.
- Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes.
- Evoluir os pacientes.
- Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes acompanhados por um Enfermeiro.
- Participar da passagem de plantão no início do turno.
- Passar para o Enfermeiro as necessidades relacionadas aos pacientes.
- Conferir com a ajuda do auxiliar/técnico de enfermagem ou auxiliar administrativo as medicações liberadas pela farmácia;
- No final do período participar da passagem de plantão.

Parágrafo único – Os estagiários de enfermagem de nível superior deverão desempenhar suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro da unidade que o estudante estiver lotado, significando que os registros do graduando de enfermagem no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro do COREN-GO de um Enfermeiro.

Art. 30 – São atribuições Estagiário de Enfermagem - Nível Médio:

- Orientar os pacientes na unidade.
- Executar os cuidados de enfermagem planejados.
- Proporcionar conforto ao paciente por meio dos cuidados de higiene.
- Preparar os pacientes para exames complementares.
- Comunicar à enfermeira as alterações observadas no estado geral dos pacientes.
- Fazer registro, anotação de enfermagem, das atividades executadas.

Parágrafo único – Os estagiários de enfermagem de nível médio de verão desempenhar as suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro Principal da unidade que estiver lotado, significando que os registros do estudante no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro no COREN-GO de um Enfermeiro.

CAPÍTULO VI

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 31. O Serviço de Enfermagem da instituição manterá plantão durante 24 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes.

§1°. Na elaboração da escala mensal de serviço as folgas consecutivas não deverão ultrapassar a 04 (quatro), sem autorização escrita do Gerente Geral de Enfermagem.

§2°. As escalas de serviço, do próximo mês, deverão ser encaminhadas para o Recursos Humanos (RH) até o dia 10 (dez) do mês em curso.

§3°. As trocas na escala de serviço durante o mês deverão ser realizadas com 48 horas de antecedência, salvo por necessidade do serviço.

§4°. Só serão permitidas 04 (quatro) trocas mensais. Uma quinta troca implicará na autorização por escrito do Gerente Geral de Enfermagem.

§5°. As faltas representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do funcionário faltoso, passível de medidas disciplinares.

§6°. As faltas nos feriados e nos finais de semanas em justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o funcionário estará sujeito à suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 32. Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-GO.

Art. 33. Anualmente os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar, ao Setor de Recursos Humanos (RH), comprovante de quitação da anuidade do COREN-GO.

Art. 34. Os profissionais do Serviço de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art. 35. Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura, que deverá ser lavrada, pela Direção Técnica do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**) e pelo Gerente Geral de Enfermagem.

Santa Helena de Goiás, / /2023

6.2.1 SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem representa a base científica para a organização da assistência prestada aos pacientes e, por isso, deverá ser embasada em uma teoria de enfermagem que dará sustentação a sua prática. A Teoria de Enfermagem a ser implantada no Serviço de Enfermagem da do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**), terá como base legal a Resolução 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e como base científica os referenciais teóricos de Wanda de Aguiar Horta, por conter elementos conceituais que se identificam com a prática do cuidar nesta unidade assistencial, uma vez que define como razão de ser da enfermagem o uso da ciência e da arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, visando o resgate de sua capacidade para auto cuidar-se, em colaboração com outros profissionais da equipe multiprofissional.

O Processo de Enfermagem a ser implantado constará das seguintes fases:

I – Coleta de dados de Enfermagem (anamnese e exame físico) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas (técnicas propedêuticas: observação, palpação, percussão e ausculta), que tem por finalidade a

obtenção de informações sobre o indivíduo e sobre suas respostas ao processo saúde e doença. Deverá subsidiar a análise de sinais e sintomas físicos, social, psicológicos e culturais para a definição dos Diagnóstico de Enfermagem.

II – Diagnóstico de Enfermagem – é o julgamento das reações do indivíduo a problemas reais ou potenciais de saúde. É um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os problemas de enfermagem que requerem intervenções de enfermagem. Deverá utilizar como base o sistema de classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I.

III – Planejamento de Enfermagem – É a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas visando a obtenção dos resultados esperados.

IV–Implementação– É a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Traduz-se, na prática, pelas definições dos itens da Prescrição de Enfermagem, fundamentadas a partir do(s) diagnóstico(s) previamente definidos, com o objetivo de estabelecer uma assistência individualizada e de qualidade.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo sobre as ações ou intervenções de enfermagem e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem, com vista a obtenção dos resultados esperados.

A SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente, uma vez que os registros dos profissionais de enfermagem são fontes de informações relevantes e imprescindíveis para o acompanhamento dos níveis de qualidade e segurança da assistência de enfermagem. Os registros de enfermagem no prontuário do paciente serão estruturados a partir de um padrão previamente estabelecido, dentro das normas requeridas pela legislação, utilizando terminologias de enfermagem, de modo a contribuir com a construção de indicadores de qualidade para uma maior segurança dos cuidados prestados. São registros de Enfermagem:

I. Evolução de Enfermagem: Registro privativo do enfermeiro, feito após avaliação do estado geral do paciente, a cada 24 horas ou após intercorrências. São de fundamental importância para elaborar o plano de cuidados e para comparar as evoluções durante o tempo de permanência do paciente. Deve ser feito pelo enfermeiro com data, horário, assinatura e nº COREN-GO.

II. Anotação de Enfermagem: Visa fornecer informações a respeito da assistência prestada, assegurando a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações. Deve conter assinatura e COREN-GO do profissional que efetuou o registro. Abaixo os modelos de formulários que deverão ser utilizados para registro da assistência

Tabela 6.2.1-1 - Histórico de Enfermagem

LOGO DA UNIDADE	**SERVIÇO ENFERMAGEM** **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS - DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).** **Histórico de Enfermagem**			
Identificação Do Paciente				
Nome E Sobrenome:		Nº PRONTUÁRIO:	Nº LEITO:	DATA:
Religião:	Idade:	Grupo Sanguíneo: ¨ Sic ¨ Não Sabe Informar		
História Atual				
Queixa Principal:		Início: ¨ Súbito Progressivo		
Sinais E Sintomas	Palidez Cianose Mal Estar Fraqueza Sudorese Dispneia Ictérica Náusea Vômito, Nº Vezes Outros:			
Antecedentes				
Has Deficiência Visual Cardiopatia	Diabetes Nefropatia Deficiência Auditiva	Asma Hepatopatia Doença Mental	Convulsão Tóxico Neoplasia	Outros:

Internamento Anterior: Sim Não		Data:		Motivo:
Transfusão Sanguínea Anterior: ¨ Sim ¨ Não ¨Não Sabe Informar				Reações: Sim Não
Alergias: Não Sim – Citar:				
Medicações Em Uso: *Não Sim – Citar:*				
Exame Físico				
Sinais Vitais	Pa=	P=	Fr =	T=
Nível De Consciência	Lúcido ¨ Orientado ¨ Desorientado ¨ Inconsciente ¨ Sonolento ¨ Agitado			
Pupilas	Isocoria ¨ Anisocoria ¨ Miose ¨ Midríase ¨ Paralíticas ¨ Fotoreagente			
Nutrição	Peso Kg	Altura m	Baixo Peso Sobrepeso Obeso	
Higiene Corporal	¨ Limpo ¨ Sujidade Corporal Visível			
Pele	¨NDN ¨ Manchas ¨ Turgor Diminuído ¨Elasticidade Diminuída¨ Lesão:			
Mucosa / Esclerótica	¨ Normocromica ¨ Hipocromica ¨ Hemorrágica ¨ Ictérica			
Cavidade Oral	¨ NDN ¨ Língua Saburrosa ¨ Halitose ¨ Outros:			
Cabeça Pescoço	¨ NDN ¨ Alteração: ¨ NDN ¨ Estase De Jugular ¨ Rigidez De Nuca ¨ Alteração:			
Tórax	¨ Simétrico ¨ Assimétrico ¨ Alteração:			

Padrão Ventilatório	¨ Eupnéico ¨ Dispneico ¨ Sibilos ¨ Creptos ¨ Roncos ¨ Outros:
Mamas	¨ Ndn ¨ Alteração:
Abdome	¨ Plano ¨ Escavado ¨ Globoso ¨ Ascítico ¨ Flácido ¨ Tenso ¨ Doloroso
Genitália / Ânus	¨ NDN ¨ Assadura ¨ Hiperemia ¨ Outros:
Mmss Mmii	¨ NDN ¨ Plegia ¨ Paresia ¨ Edema ¨ Dor (Msd) ¨ Outro: ¨ Ndn ¨ Plegia ¨ Paresia ¨ Edema (MID) ¨ Dor (MID) ¨ Outro:

Necessidades: (Psicologicas , Biológicas)	
Sono E Repouso: ¨ Sem Alteração ¨Alteração:	
Alimentação/Hidratação: ¨ Sem Alteração ¨Alteração:	
Diurese: ¨ Sem Alteração ¨ Retenção ¨ Incontinência ¨ Outros:	
Evacuação: ¨ Sem Alteração ¨Alteração:	
Outras Informações	
Uso De Prótese: ¨ Não ¨ Sim – Tipo:	Uso De Marcapasso: ¨ Não ¨ Sim
Ass. /Coren	

Tabela 6.2.1-2 - Avaliação de Risco

LOGO DA UNIDADE	**SERVIÇO ENFERMAGEM** **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)** **Avaliação de Risco**

▪ ***Identificação do paciente***			
Nome e sobrenome**:**	Nº prontuário:	Nº leito:	Data:
Risco de queda			
Considerar existência de risco de queda quando assinalado "X" em um ou mais itens.			
| Idade< 5 ou> 65 anos | Agitação ou confusão	| Distúrbio neurológico (ex.: Convulsão, etc.) | Déficit sensitivo	| Fazendo uso de sedativo ou pós sedação | Dificuldade de marcha	
Fonte: BORK, A.M.T., Enfermagem de Excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1ª ed, 2003			
Risco de Flebite			
| Idade> 65 anos | Múltiplas punções venosas periféricas | Infusão IV > 90ml/h | Fragilidadecapilar | Esclerosevenosa grave | Uso de drogas vesicantes (QT, Claritromicina, Amiodarona)	| Risco de infecção sistêmica (>72h de internação; proced. invasivo) | Dificuldade de imobilização cateter / membro | Inserção de CVP em situação de emergência | Infusão de solução hipertônica | Infusão de KCl>20mEq/h ou 200mEq/h | Punção periférica anterior no mesmo local < 72h		
Fonte: BORK, A.M.T., Enfermagem de Excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1ª ed, 2003			
Risco de Úlcera Por Pressão – UPP			
Cada item marcado tem o valor correspondente à sua coluna, devendo ser referência para a obtenção do score total de avaliação de risco			

	1	**2**	**3**	**4**
SENSÓRIO	| Completamente limitado	| Muito limitado	| Ligeiramente limitada	| Nenhuma limitação

UMIDADE	| Pele sempre úmida	| Pele muito úmida	| Pele ocasionalmente úmida	| Pele seca
ATIVIDADE	| Acamado	| Cadeira de rodas	| Anda ocasionalmente	| Anda frequentemente
MOBILIDADE	| Completamente imobilizado	| Muito limitado	| Ligeiramente limitado	| Nenhuma limitação
NUTRIÇÃO	| Muito pobre	| Provavelmente inadequada	| Adequada	| Excelente
FRICÇÃO	| Requer ajuda constante	| Requer ajuda mínima	|Nenhum problema	
5 a 10 pontos: ALTO RISCO 11 a 15 pontos: MODERADO RISCO		16 a 19 pontos: BAIXO RISCO 20 pontos: SEM RISCO		TOTAL DE PONTOS:
Fonte: Adaptada da escala de Braden				

Risco de broncoaspiração

Fatores de Risco		**MEDIDAS PREVENTIVAS**
| Idade>60 anos | Lesão neurológica | Rebaixamento sensorial | Período intubação>7 dias	| Uso de traqueostomia | Uso de sonda alimentar | Doença demencial | Acumulo de saliva e alimento em cavidade oral	Elevação de cabeceira Desligar dieta para banho e fisioterapia Fixação da sonda Limpeza oral Medicação para diminuição da produção salivar Fonoterapia Mudança de Consistência Alimentar

GRAU DE RISCO: | Baixo| Médio| Alto
Outros riscos
ENFERMEIRO (COREN)

Tabela 6.2.1-3 - Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem

LOGO DA UNIDADE	**SERVIÇO ENFERMAGEM** **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS - DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO)** **Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem**		
Prontuário:	NOME:		
	Idade:	Sexo: [ ] M [ ] F	Data:
	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		
	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		**APRAZAMENTO**

	ENFERMEIRO (COREN)

Tabela 6.2.1-4 -Registros de Enfermagem

LOGO DA UNIDADE	**SERVIÇO ENFERMAGEM Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)** **Registros de Enfermagem**	
NOME:	**Prontuário:**	
Idade:	Sexo: [ ] M [ ] F	
OBSERVAÇÃO / EVOLUÇÃO		**ASS.:/COREN**

Observações:

Além da implantação da SAE, todos os procedimentos técnicos e rotinas administrativas estarão definidos em protocolos padrões de boas práticas, e estarão disponibilizados, a partir do 3º mês da assinatura do contrato, e acessíveis a todos os profissionais, atualizados e revisados a cada dois anos, assinados pelo respectivos RTs (Responsável Técnico).

São exemplos de protocolos a serem implantados pelo Serviço de Enfermagem:

- Protocolo de Técnicas Básicas de Enfermagem
- Protocolo de Preparo e Administração de Medicamentos e Soluções
- Protocolo de Transporte de Pacientes
- Protocolo de Prevenção de Queda de Pacientes
- Protocolo de Prevenção de Sepse
- Protocolo de Preparo de Pacientes para Exames
- Protocolo de Preparo de Pacientes para Cirurgias
- Protocolo de Atendimento a Paciente sem PCR (Parada Cardiorrespiratória)
- Entre outros

A seguir apresentamos o modelo de POP – Protocolo Operacional Padrão a ser adotado pelos profissionais de enfermagem para confecção de seus manuais e protocolos assistenciais e administrativos.

Tabela 6.2.1-5 - POP do Serviço/Setor: Enfermagem

LOGO DA UNIDADE	**Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)** **Procedimento** **Operacional Padrão**	Serviço/Setor: Enfermagem POP: (ENF + nº de ordem) Elaborado em: / / Revisado em: / /
Setor:		
Procedimento:		
Local de execução:		
Executante:		
Resultados esperados:		
Material necessário:		
Descrição da técnica - passo a passo:		
Cuidados especiais:		
Ações em caso de não conformidade:		
Elaborado por	Revisado por (nome/função):	Aprovado por

(nome/função):		(nome/função):

6.3 Proposta de Regimento do Serviço Multiprofissional

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO

Art. 1° O Corpo de Atenção Multiprofissional é um órgão de cooperação dos profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional, Psicologia, fonoaudiologia, farmácia clínica, nutrição, odontologia e serviço social, com a finalidade de deliberar sobre os padrões ideais de atendimento interdisciplinar, visando preservar as condições adequadas à recuperação dos pacientes, analisar e corrigir os protocolos de atendimento multiprofissional.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO E DA COMPOSIÇÃO

Art. 2°. O Corpo de Atenção Multiprofissional tem a seguinte estrutura: Serviço de Fisioterapia; Serviço de Terapia Ocupacional; Serviço de Psicologia; Serviço Social; serviço de fonoaudiologia, serviço de nutrição, serviço de farmácia clínica, serviço de odontologia.

Art. 3º O Corpo de Atenção Multiprofissional será dirigido por um supervisor multiprofissional indicado pela diretoria técnica da unidade e aprovado pela superintendência do **INSV**.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Art. 4° Ao Corpo de Atenção Multiprofissional compete, elaborar, implementar, manter e avaliar os protocolos interdisciplinares de assistência à saúde, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico- operacionais, visando a melhor recuperação dos usuários;

- Capacitação do quadro dos profissionais da instituição, no que diz respeito à prescrição e utilização de novos métodos terapêuticos relacionados à assistência à saúde;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações de relevância para o aperfeiçoamento dos métodos terapêuticos contidas nos prontuários, visando a sistematização, compilação, validação, institucionalização e divulgação do método terapêutico;
- Realizar investigação estatística de casos de interesse institucional e social.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art.5°. Ao supervisor da Equipe Multiprofissional compete:

- Presidir e coordenar os trabalhos do Corpo de Atenção Multiprofissional;
- Convocar reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;
- Participar e Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;
- Cumprir e fazer cumprir as decisões do Corpo de Atenção Multiprofissional.

Art. 6° Ao serviço de Fisioterapia compete:

- Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese, solicitar e realizar Inter consulta e encaminhamento;
- Realizar avaliação física e cinesiofuncional específica do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- Realizar avaliação e monitorização da via aérea natural e artificial do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- Solicitar, aplicar e interpretar escalas, questionários e testes funcionais;
- Solicitar, realizar e interpretar exames complementares como espirometria e outras provas de função pulmonar, eletromiografia de superfície, entre outros;
- Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico;
- Planejar e executar medidas de prevenção, redução de risco e descondicionamento cardiorrespiratório do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro-músculo-esquelética do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- Prescrever, confeccionar e gerenciar órteses, próteses e tecnologia assistiva;
- Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção,

fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório do paciente crítico ou potencialmente crítico;

- Utilizar recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio-mecano-terapêutico, termo terapêutico, crio terapêutico, hidro terapêutico, foto terapêutico, eletro terapêutico, sonido terapêutico, entre outros;
- Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar;
- Realizar posicionamento no leito, sedestação, ortostatismo, deambulação, além de planejar e executar estratégias de adaptação, readaptação, orientação e capacitação dos clientes/pacientes/usuários, visando a maior funcionalidade do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- Avaliar e monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive em situações de deslocamento do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- Avaliar a instituição do suporte de ventilação não invasiva;
- Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva;
- Avaliar a condição de saúde do paciente crítico ou potencialmente crítico para a retirada do suporte ventilatório invasivo e não invasivo;
- Realizar o desmame e extubação do paciente em ventilação mecânica;
- Manter a funcionalidade e gerenciamento da via aérea natural e artificial;
- Avaliar e realizar a titulação da oxigenoterapia e inaloterapia;
- Determinar as condições de alta fisioterapêutica;
- Prescrever a alta fisioterapêutica;
- Registrar em prontuário consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, Inter consulta, intercorrências e alta fisioterapêutica;
- Emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados fisioterapêuticos;
- Realizar atividades de educação em todos os níveis de atenção à saúde, e na prevenção de riscos ambientais e ocupacionais

Art. 7°. Ao Serviço de Terapia Ocupacional compete:

- Eleger métodos, técnicas e recursos pertinentes e adequados aos contextos hospitalares para avaliar e realizar diagnóstico terapêutico ocupacional dos pacientes;
- Avaliar o paciente através da coleta de informações sobre o motivo da internação, história da doença, história de vida, dos seus valores, de interesses, do modo de viver, de sua relação sociofamiliar, do trabalho, do lazer e suas expectativas diante do futuro;
- Intervir e tratar o mais precoce possível utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional;

- Favorecer a continuidade do desenvolvimento global do paciente, oportunizando experiências positivas de aprendizado e desenvolvimento de habilidades, e de inserção social, por conseguinte a prevenção da saúde mental, por meio do processo terapeuta paciente-atividade;
- Oportunizar aos pacientes e familiares condições para expressão de seus temores e percepções sobre a doença, mediante acolhimento e escuta terapêutica;
- Desenvolver, durante a internação, atividades adequadas ao perfil do paciente, individualmente ou em grupo, favorecendo os interesses normais, a criatividade, o brincar e o lazer;
- Facilitar o processo de adaptação ao cotidiano hospitalar de modo que ocorra a minimização dos aspectos negativos da internação pela ruptura da rotina e afastamento de seus objetivos de vida, dos objetos e redes sociais;
- Assumir responsabilidade técnica por serviço de Terapia Ocupacional, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo à Resolução específica;
- Exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de sua profissão;
- Utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e o bem-estar, favorecer a participação e inclusão social, resguardar os valores culturais e prevenir condições sócios-ambientais que impliquem em perda da qualidade de vida do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade;
- Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção, salvo em situações previstas em lei;
- Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça;
- Oferecer ou divulgar seus serviços profissionais de forma compatível com a dignidade da profissão e a leal concorrência;
- Assumir seu papel na determinação de padrões desejáveis do ensino e do exercício da Terapia Ocupacional;
- Contribuir para promover a universalização dos direitos sociais, o respeito e a promoção

da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, oportunizando no âmbito de sua atividade profissional, o acesso e o exercício dos mesmos;

- Contribuir, com seu trabalho, para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, preenchendo e encaminhando formulários oficiais de notificação compulsória ou quaisquer dessas ocorrências às autoridades competentes ou outros quando constatadas;
- Cumprir os Parâmetros Assistenciais e o Referencial Nacional de Procedimentos Terapêuticos Ocupacionais normatizados pelo COFFITO;
- Cumprir e fazer cumprir os preceitos contidos neste Código, independente da função ou cargo que ocupar, e levar ao conhecimento do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional o ato atentatório a qualquer de seus dispositivos, salvo as situações previstas em legislação específica.

Art. 8°. Ao Serviço de Fonoaudiologia compete:

- Orientar e treinar a equipe para identificação e encaminhamento para avaliação dos pacientes com possíveis alterações fonoaudiólogica;
- Realizar avaliação clínica das funções de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição;
- Realizar intervenção nas alterações fonoaudiólogica encontradas em avaliação clínica – habilitação, reabilitação, compensação, adaptação e gerenciamento dos distúrbios apresentados;
- Realizar avaliação, acompanhamento e evolução dos lactentes em relação ao treino da amamentação e às condições sensório-motoras-orais; bem como realizar orientações ao binômio (mãe-bebê) sobre o manejo clínico da lactação;
- Realizar assistência à alimentação adequando a consistência alimentar, o volume, o ritmo da oferta, os utensílios, as manobras e as posturas necessárias para administração da dieta por via oral de forma eficiente e segura;
- Colaborar na indicação de colocação e retirada de via alternativa de alimentação, além de realizar pareceres e estabelecer condutas nos casos atendidos;
- Realizar avaliação, acompanhamento e evolução dos aspectos relacionados com a fonação, a articulação e a linguagem oral;
- Estabelecer terapias, estimulações específicas a cada caso e acompanhamentos necessários para as alterações encontradas nos pacientes atendidos;
- Discutir os casos com a Equipe Multiprofissional;

- Orientar, junto com os demais profissionais de saúde, o paciente, a família ou o responsável legal, quanto aos cuidados relacionados às funções de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição;
- Garantir os registros do acompanhamento e das condutas fonoaudiólogica, preenchendo e mantendo atualizados os prontuários clínicos;
- Participar e promover atividades de educação continuada, garantindo a atualização da equipe sobre aspectos relacionados à Fonoaudiologia.

Art. 9º Ao Serviço de Nutrição compete:

Linha da produção:

- Elaborar os cardápios de acordo com as necessidades nutricionais, com base no diagnóstico de nutrição da clientela, respeitando os hábitos alimentares regionais, culturais e étnicos.
- Elaborar informação nutricional do cardápio e/ou preparações, contendo valor energético, ingredientes, nutrientes e aditivos que possam causar alergia ou intolerância alimentar.
- Coordenar as atividades de recebimento e armazenamento de alimentos, material de higiene, descartáveis e outros.
- Elaborar e implantar fichas técnicas das preparações, mantendo-as atualizadas.
- Implantar e supervisionar as atividades de pré-preparo, preparo, distribuição e transporte de refeições e/ou preparações.
- Elaborar e implantar o Manual de Boas Práticas específico da UAN, mantendo-o atualizado.
- Elaborar e implantar os Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) específicos da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN), mantendo-os atualizados.
- Promover periodicamente o aperfeiçoamento e atualização de funcionários por meio de cursos, palestras e ações afins.
- Promover programas de educação alimentar e nutricional para clientes/usuários.
- Elaborar relatórios técnicos de não conformidades e respectivas ações corretivas, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber.
- Prestar atendimento, por meio de cardápio específico, aos clientes/usuários com

doenças e deficiências associadas à nutrição, bem como aos portadores de necessidades especiais, visando o direito humano à alimentação adequada e saudável.
- Promover a redução das sobras, restos e desperdícios.
- Monitorar as atividades de seleção de fornecedores e procedência dos alimentos.

Linha Nutrição Clínica:

- Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente.
- Elaborar o diagnóstico de nutrição.
- Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e considerando as interações drogas/nutrientes e nutrientes/nutrientes.
- Registrar em prontuário dos clientes/pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND).
- Realizar orientação nutricional na alta dos clientes/pacientes/usuários, estendendo-a aos cuidadores, familiares ou responsáveis, quando couber.
- Orientar e supervisionar a distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação, infusão e tolerância da dieta.
- Interagir com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria.
- Elaborar relatórios técnicos de não conformidades, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber.
- Solicitar exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND).
- Prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais e fitoterápicos, em conformidade com a legislação vigente, quando necessário.
- Promover ações de educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes/usuários, cuidadores, familiares ou responsáveis.
- Realizar e divulgar estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico.
- Participar do planejamento e supervisão de estágios para estudantes de graduação em nutrição e de curso técnico em nutrição e dietética e programas de aperfeiçoamento para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista.

- Participar do processo de acreditação hospitalar e da avaliação da qualidade em serviços de Nutrição Clínica.
- Integrar a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), quando houver, conforme legislação vigente.
- Interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética.
- Realizar/supervisionar a triagem de risco nutricional quando da admissão do paciente.
- Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço segundo níveis de assistência em nutrição.
- Elaborar o diagnóstico de nutrição.
- Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e considerando as interações drogas/nutrientes e nutriente/nutriente.
- Registrar em prontuário dos clientes/pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND).
- Promover ações de educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes/usuários, cuidadores, familiares ou responsáveis.
- Orientar e supervisionar a distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação e tolerância alimentar.
- Elaborar relatórios técnicos de não conformidades e respectivas ações corretivas, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber.
- Interagir com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria.
- Interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética. Solicitar exames laboratoriais necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução nutricional dos clientes/pacientes/usuários.
- Prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais e fitoterápicos, em conformidade com a legislação vigente, quando necessário.
- Realizar e divulgar estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico.
- Participar do planejamento e supervisão de estágios para estudantes de graduação em

nutrição e de curso técnico em nutrição e dietética e programas de aperfeiçoamento para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista.

Art. 10°. Ao serviço de Psicologia compete:

Atribuições gerais:

- Conhecer, divulgar, cumprir e fazer cumprir este Código;
- Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente;
- Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional;
- Prestar serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar benefício pessoal;
- Estabelecer acordos de prestação de serviços que respeitem os direitos do usuário ou beneficiário de serviços de Psicologia;
- Fornecer, a quem de direito, na prestação de serviços psicológicos, informações concernentes ao trabalho a ser realizado e ao seu objetivo profissional;
- Informar, a quem de direito, os resultados decorrentes da prestação de serviços psicológicos, transmitindo somente o que for necessário para a tomada de decisões que afetem o usuário ou beneficiário;
- Orientar a quem de direito sobre os encaminhamentos apropriados, a partir da prestação de serviços psicológicos, e fornecer, sempre que solicitado, os documentos pertinentes ao bom termo do trabalho;
- Zelar para que a comercialização, aquisição, doação, empréstimo, guarda e forma de divulgação do material privativo do psicólogo sejam feitas conforme os princípios deste Código;
- Ter, para com o trabalho dos psicólogos e de outros profissionais, respeito, consideração e solidariedade, e, quando solicitado, colaborar com estes, salvo impedimento por motivo relevante;
- Sugerir serviços de outros psicólogos, sempre que, por motivos justificáveis, não puderem ser continuados pelo profissional que os assumiu inicialmente, fornecendo ao seu substituto as informações necessárias à continuidade do trabalho;
- Levar ao conhecimento das instâncias competentes o exercício ilegal ou irregular da

profissão, transgressões a princípios e diretrizes deste Código ou da legislação profissional.

Modalidades de Intervenções:

- Acolhimento: Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, receber, atender. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão. Comumente, é por meio do acolhimento que acontece o primeiro contato entre usuários e familiares e o profissional psicólogo.
- Triagem: Constitui-se numa estratégia que cumpre três objetivos principais: coletar dados pessoais do usuário, identificar sua queixa e realizar uma hipótese diagnóstica. O conjunto dessas informações deve criar um quadro capaz de apontar para um encaminhamento adequado da pessoa em questão e contribuir para a definição do plano terapêutico.
- Psicodiagnóstico: é o conhecimento de sintomas psíquicos; um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e pode utilizar testes psicológicos em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos ou para classificar o quadro clínico e prever seu curso possível, comunicando resultados.
- Psicoterapia Breve: atua de modo preciso e focal buscando restabelecer patamares aceitáveis de interação social.
- Atendimento Psicossocial: atuação interdisciplinar do psicólogo juntamente com o assistente social visando diagnosticar o funcionamento sócio psicológico do paciente e seus familiares e realizar os devidos encaminhamentos.
- Grupo Psicoterapêutico: são atendimentos psicológicos, em grupos de pessoas, podendo ser realizados com usuários, acompanhantes/cuidadores e profissionais de saúde. Os grupos no contexto hospitalar irão permitir o alívio de ansiedades e superações a partir da identificação entre os membros. Estes terão a oportunidade de expressarem-se livremente, abrindo a possibilidade de elaborações psíquicas
- Grupo de orientação: são atendimentos multiprofissionais, em grupos de pessoas, podendo ser realizados com usuários, acompanhantes/cuidadores e profissionais de saúde, visando elucidar e discutir temáticas específicas no campo da saúde

Art. 11. Ao serviço de Assistência Social compete:

- Planejar soluções, organizar e intervir em questões relacionadas à saúde e

manifestações sociais do paciente e trabalhador para elaboração, implementação e monitoramento do Serviço Social, com foco na promoção da saúde;

- Realizar acolhimento aos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) e a rede de apoio social nas Unidades de Internação; atender e acompanhar sistematicamente os usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) que estão internados, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários;
- Identificar a situação sociofamiliar (habitacional, trabalhista e previdenciária) dos usuários (pacientes e famílias) com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- Prestar atendimento aos familiares, compreendendo que a família vivencia juntamente com o paciente seu processo de saúde e doença;
- Realizar visitas domiciliares, quando necessário, com o objetivo de conhecer as condições e dinâmica de organização familiar do paciente, quando identificadas fragilidades emocionais e sociais, bem como pouca adesão ao tratamento e compreensão em relação ao processo saúde/doença, entre outros;
- Realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes);
- Realizar acompanhamento psicossocial de trabalhadores, e pacientes, buscando alternativas de enfrentamento individual e coletivo;
- Localizar familiar(es) de pacientes não identificados e/ou em situação de abandono; viabilizar o direito de acompanhante aos pacientes respaldados por Lei;
- Orientar familiares e/ou responsável que necessitem de local para pernoitar;
- Atender e orientar o usuário (paciente, família e acompanhante) em relação a "Alta à Revelia";
- Realizar contato e/ou visitas institucionais à Rede de Apoio e de Proteção Social do usuário (paciente e família), quando necessário, para viabilidade de encaminhamentos formalizados, favorecendo processos de referência e contra referência;
- Integrar a equipe multidisciplinar local para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;
- Participar de reuniões e discussões multidisciplinares, nas unidades de internação, com intuito de discutir as situações atendidas, bem como indicar condutas/ações para o atendimento das necessidades em saúde;

- Elaborar, programar, executar e avaliar juntamente com a instituição e as equipes multidisciplinares de referência, políticas sociais centradas nas necessidades individuais e coletivas dos usuários, a partir da compreensão do processo de saúde e doença, objetivando a garantia da universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;
- Realizar juntamente com as equipes multidisciplinares da assistência, processos de referência e contra referência dos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) atendidos no hospital, de forma humanizada, responsável e segura, no que se refere aos aspectos sociais;
- Viabilizar ações de articulação do trabalho em rede, envolvendo todos os serviços de atenção à saúde e sócio assistenciais, que tenham interface com o processo de cuidado integral, buscando ampliar os recursos de intervenção na perspectiva de garantir a continuidade do cuidado integral ao usuário (paciente, família e acompanhante);
- Registrar os atendimentos no Aplicativo de Gestão para Hospitais e/ou no prontuário físico com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários (pacientes e famílias), resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no Caderno de Campo de cada profissional;
- Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Prestar serviços sociais orientando pacientes, acompanhantes, famílias, comunidade e equipes de trabalho da Instituição sobre direitos, deveres, serviços e recursos sociais;
- Conceder informações sobre as Normas e Rotinas estabelecidas pela instituição aos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes);
- Criar Protocolos e Procedimentos Operacional Padrão – POP’s que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;
- Formular relatórios, pareceres técnicos, rotinas e procedimentos;
- Coletar, organizar, compilar, tabular e difundir dados;
- Planejar, elaborar e avaliar programas, projetos e planos sociais na área de atuação profissional;
- Participar e promover ações com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH;
- Contribuir e participar nas ações de Saúde Ocupacional;

- Participar de Comissões Intra-hospitalar;
- Desempenhar atividades administrativas e assistenciais;
- Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos e pesquisas realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- Supervisionar diretamente estagiários de serviço social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- Realizar demais atividades inerentes ao emprego

Art. 12. Ao Serviço de Farmácia Clínica compete:

- Aumentar a adesão ao tratamento e a compreensão dos pacientes sobre os medicamentos
- Minimizar os erros de medicação e promover condutas baseadas em evidências
- Aumentar a efetividade do controle das condições crônicas e reduzir eventos adversos a medicamentos
- Conciliar os medicamentos e minimizar o risco nas transferências de pacientes entre níveis assistenciais
- Promover o autocuidado apoiado no que diz respeito à automedicação responsável
- Realizar atendimento ambulatorial do paciente
- Orientar sobre a farmacoterapia, com foco na varfarina
- Solicitar e interpretar exame de RNI, realizar ajuste da dose de varfarina, se necessário
- Orientar administração de fitometadiona, se necessário
- Solicitar e avaliar exames complementares juntamente com médico, quando necessário
- Registrar em prontuário as atividades realizadas
- Realizar o controle de medicamentos e insumos padronizados pela farmácia hospitalar
- Garantir a assistência farmacêutica em período integral de funcionamento da instituição
- Realizar análises farmacoeconômicas
- Promover estratégias que garantam a melhoria contínua da qualidade
- Na seleção de medicamentos, o farmacêutico em conjunto com outros profissionais é responsável por definir os medicamentos que fazem parte do rol utilizado pelo hospital para atender as demandas dos usuários.
- Na programação, define-se a frequência de compras de medicamentos, a quantidade que serão adquiridos.
- Já na aquisição, tem-se a compra dos medicamentos, enquanto que no no armazenamento, é importante garantir que os medicamentos estejam dispostos em um

ambiente com as condições de temperatura e umidade adequados, bem como outras especificações.

- Na distribuição e dispensação, as prescrições médicas são analisadas de forma técnico pelo farmacêutico antes da dispensação, de modo avaliar o medicamento prescrito é necessário, efetivo e seguro.
- Caso necessário, o farmacêutico entra em contato com o prescritor para sanar dúvidas e propor intervenções.
- Otimização da terapia medicamentosa
- Busca por interações e incompatibilidades medicamentosas
- Reconciliação medicamentosa no momento de entrada e de alta, bem como na transferência de setores no próprio hospital.
- Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em uso de antimicrobianos
- A Farmacovigilância é definida como a ciência das atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos.
- O papel do farmacêutico hospitalar é fundamental investigar reações adversas e analisar queixas técnicas, de modo a contribuir para a redução das taxas de mortalidade e otimizar a segurança do paciente.

Art. 13. Ao Serviço de Odontologia compete:

- Cuidado ao paciente cuja doença sistêmica possa ser fator de risco para agravamento e ou instalação de doença bucal, ou cuja doença bucal possa ser fator de risco para agravamento e ou instalação de doença sistêmica.
- Participação nas decisões da equipe multiprofissional, incluindo internação, diagnóstico, solicitação de exames, prescrição, intervenção odontológica, acompanhamento e alta, sendo responsável por tomada de decisão em intervenção na cavidade bucal em consonância com essa equipe.
- Realização de registro e acesso em prontuário do paciente, em consonância com as normativas do hospital.
- Internar e atender e dar alta aos pacientes que necessitem de resguardo hospitalar para atendimento cirúrgico-odontológico.
- Orientações das ações em saúde bucal e supervisão da equipe sob sua responsabilidade. Participação de comissões institucionais.
- Melhoria na qualidade de vida dos pacientes;
- Aumento da sobrevida;

- Diminuição nos riscos em contrair infecções bucais;
- Diminuição no tempo de hospitalização do paciente;
- Diminuição nas despesas hospitalares;
- Diminuição da demanda de exames adicionais;
- Simplificação na utilização de antibióticos entre outros medicamentos;
- Inclusão de protocolos odontológicos;
- Aprimoramento significativo na assistência ao paciente hospitalizado;
- Treinamento da equipe de enfermagem.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Art. 14. O Corpo de Atenção Multiprofissional do hospital deverá reunir-se ordinariamente de acordo com cronograma anual ou extraordinariamente quando necessário, sendo sua convocação efetuada pelo supervisor, com antecedência mínima de três dias.

Art. 15. Para cada reunião realizada se lavrará ata, que será subscrita pelos presentes.

CAPÍTULO VI

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 16. Este Regimento entrará em vigor na data da sua aprovação pela Diretoria da Unidade.

Santa Helena de Goiás / /2023

6.4 Proposta para Regimento do Corpo Clinico

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Art. 1°. O Corpo Clínico do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**) é representado pelo conjunto de médicos que atuam na instituição e, como unidade técnica-administrativa, é responsável pela coordenação das atividades médicas, diagnósticas e terapêuticas, em seus objetivos de assistência à saúde, ensino e pesquisa.

Parágrafo único: O Corpo Clínico **HERSO**, possui autonomia e responsabilidade técnica, profissional, científica, política e cultural, devendo zelar pela conduta técnica, ética, moral e humanitária dos seus profissionais, assim como o bom desempenho e imagem institucional.

Art. 2°. Os médicos do Corpo Clínico do **HERSO** se representam nas seguintes categorias:

- Membros Celetistas: são aqueles médicos que trabalham formalmente na unidade em vínculo trabalhista de CLT, independente da carga horária contratada, seja ela em regime de diarista e/ou plantonista.
- Membros Estatutários: são aqueles médicos que trabalham formalmente na unidade em vinculo estatutário, com carga horária contratada definhada pelo estatuto do servidor
- Membros Credenciados: são os médicos que exerçam suas atividades profissionais por meio de vínculo com empresas médicas contratadas ou cooperativas que prestam serviços à unidade, assim como os que estiverem ligados a outras instituições.

Parágrafo único: Outras modalidades poderão ser criadas conforme a demanda da Instituição.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO

Art. 3°. São objetivos do Corpo Clínico:

- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica do Estado de Goiás, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina, o Estatuto do **HERSO**, seu Regimento Interno e suas Normas Técnicas, assim como este instrumento regimental normativo;
- Contribuir para o desenvolvimento do trabalho em equipe com o objetivo de atingir toda a potencialidade resultante em benefício dos usuários **HERSO;**
- Contribuir para o bom desempenho do profissional médico e da equipe de saúde, inclusive no que se refere à colaboração na assistência a pacientes sobre responsabilidade de outros profissionais médicos;
- Assegurar a melhor assistência aos usuários do **HERSO**, garantindo o atendimento global ao paciente em regime ambulatorial, de emergência e internação, bem como o suporte emocional e informativo aos familiares e/ou responsáveis;
- Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos em aprendizado e demais discentes **HERSO;**
- Produzir e estimular a pesquisa médica no âmbito da Instituição.
- Cooperar com a administração **HERSO** objetivando a melhoria da assistência prestada;

- Revisar anualmente, ou conforme necessidade, as rotinas assistenciais existentes, objetivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados;
- Propor diretrizes de atuação em assuntos que propiciem melhoria na qualidade do produto ofertado nas áreas de atuação do **HERSO;**
- Participar de programas de promoção e manutenção da saúde adequada às necessidades de demanda da do **HERSO**;
- Estimular e promover estudos com o objetivo de identificar melhorias da assistência prestada, inclusive no que se refere à participação efetiva nas diversas comissões hospitalares;
- Primar pela qualidade da relação médico-paciente e equipe de saúde, promovendo estudos que possam ampliar o conhecimento do perfil comportamental do paciente e seus familiares, necessário ao estímulo de suas participações no processo terapêutico;
- Oferecer as condições necessárias à absorção de novos recursos tecnológicos e científicos pela equipe de saúde do **HERSO;**
- Zelar pela qualidade do prontuário do paciente, fazendo as evoluções e prescrições de forma legível, assinando, datando e identificando o responsável;
- Colaborar e participar ativamente nos programas e projetos de ensino e pesquisa do **HERSO;**
- Promover o desenvolvimento das atividades de recuperação e manutenção da saúde dos pacientes do **HERSO;**
- Promover intercâmbio com instituições que possam contribuir para a melhoria da qualidade da assistência médico-hospitalar;
- Proporcionar e viabilizar as funções de ensino, pesquisa e extensão objetivando a formação e capacitação de recursos humanos na área de saúde;
- Zelar pelo uso de materiais e equipamentos de trabalho e/ou de suporte às atividades desenvolvidas;
- Desenvolver outras atividades correlatas na sua área de atuação;
- Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética sobre os atos que tenha praticado no exercício da medicina;
- Comunicar aos órgãos diretivos, e ao Conselho Regional de Medicina da Goiás, quando for indicação, falhas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada na Instituição;
- Orientar-se pelo Código de Ética Médica, manter com os demais colegas e funcionários um relacionamento cordial e respeitoso.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ÁREAS DE ATUAÇÃO

Art. 4°. A composição do Corpo Clínico do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (**HERSO**); deve ser exclusivamente de profissionais médicos devidamente regularizados no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás e que exerçam suas funções nesta instituição:

Art. 5°. O Corpo Clínico encontra-se organizado nas seguintes clínicas:

- Urgência / Emergência
- Clínica Médica (geral, neurologia, vascular, ortopedia, pediatria)
- Clínica Cirúrgica (anestesia, Ortopedia/Traumatologia, neurocirurgia, Vascular, Geral, Bucomaxilo)
- Serviço Multiprofissional (Fisioterapia, Farmácia, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social. Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia)
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

Parágrafo Único – O Corpo Clínico terá uma composição de gerencias do SADT, Médica e Supervisões de Serviços (Análise Clínica, Farmácia Hospitalar, Nutrição e Dietética, Imagem/Endoscopia, AT, Equipe Multiprofissional, Urgência, Cirúrgica, Clínica Médica) que compõe a estrutura organizacional médico-assistencial terá um.

Art. 6°. À Gerência de Apoio ao Diagnóstico compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as ações necessárias e indispensáveis ao bom desempenho das atividades inerentes ao serviço.
- Contribuir para o programa de educação continuada, pesquisas e estudos científicos do corpo técnico.
- Emitir relatórios mensais à Superintendência Técnica, sobre as atividades desenvolvidas nos Serviços.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Planejar e controlar a política de insumos necessários ao bom desempenho das atividades do setor.
- Controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal. Outras atividades necessárias ao bom desempenho dos serviços.

Art. 7°. A Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento é composta por:

- Supervisão de Análises Clínicas;
- Supervisão de Imagiologia/ Endoscopia;
- Supervisão da Agencia Transfusional;
- Supervisão de Farmácia;
- Supervisão de Nutrição e Dietética;
- Supervisão da equipe multiprofissional (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social)

Art. 8°. À Supervisão de Análises Clínicas compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as ações necessárias ao bom desempenho das atividades inerentes ao serviço.
- Recepcionar o usuário, orientando-o quanto aos cuidados necessários à coleta.
- Processar a coleta das amostras de materiais necessários à realização dos exames.
- Realizar os exames dentro das normas técnicas e emitir laudos dos resultados dos mesmos.
- Providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços. Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Emitir relatórios mensais à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento, sobre as atividades desenvolvidas na unidade.
- Contribuir para o programa de educação continuada, pesquisas e estudos científicos do corpo técnico.
- Abrir campo de estágio para os alunos das Instituições de Ensino Superior.
- Outras atividades correlatas.

Art. 9°. À Supervisão de Farmácia Hospitalar compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de medicamentos, ao controle de estoque e aquisição dos produtos farmacêuticos e médico-hospitalares.
- Cumprir normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos, germicidas, materiais médico-hospitalares e correlatos.
- Planejar e controlar a dispensação por dose individualizada, visando estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de estocagem e controle dos produtos farmacêuticos.
- Elaborar manuais técnicos e formulários próprios.
- Coordenar as atividades de informação sobre medicamentos junto às diversas

comissões do **HERSO.**

- Participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de fármaco- vigilância.
- Participar das atividades de controle das infecções hospitalares.
- Coordenar as atividades de educação, treinamentos e política de farmácia clínica.
- Desenvolver atividades colaborativas com outras áreas do **HERSO**
- Controlar os medicamentos psicotrópicos, conforme legislação vigente.
- Orientar o paciente, quanto ao uso do medicamento.
- Emitir relatórios mensais sobre as atividades desenvolvidas pela Supervisão.
- Representar a unidade junto à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento e demais áreas do **HERSO.**
- Providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços. Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Outras atividades correlatas.

Art. 10°. À Supervisão de Nutrição e Dietética compete:

- Proceder o planejamento e a elaboração de cardápios e dietas especiais, baseando-se na prescrição médica, nos resultados de exames de laboratório, na observação da aceitação dos alimentos pelos pacientes e no estudo dos meios e técnicas de introdução gradativa de produtos naturais mais nutritivos e econômicos para oferecer refeições balanceadas.
- Examinar o estado de nutrição do paciente, avaliando os diversos fatores relacionados com problemas de alimentação, para aconselhar e instruir a alimentação adequada.
- Programar e desenvolver treinamento do pessoal auxiliar de nutrição, em serviço, realizando entrevistas e reuniões.
- Observar o nível de rendimento, de habilidade e de higiene na execução do serviço.
- Orientar o trabalho do pessoal auxiliar, supervisionando o preparo, distribuição das refeições, recebimento dos gêneros alimentícios, sua armazenagem e distribuição.
- Preparar programas de educação e de readaptação dos pacientes para atender suas necessidades e infundir bons hábitos alimentares.
- Registrar em formulários apropriados as despesas e a quantidade de pessoas que receberam refeições, para estimar o custo médio da alimentação.
- Zelar pela ordem e manutenção de boas condições higiênicas, inclusive a extinção de insetos e roedores em todas as áreas e instalações.
- Participar de comissões e grupos de trabalhos encarregados da compra de insumos, aquisição de equipamentos, máquinas e material específico, para garantir a

regularidade no Serviço.

- Outras atividades correlatas.

Art. 11. À Supervisão do Serviço de Imagem e Endoscopia compete:

- Garantir a segurança, a qualidade dos processos e a proteção dos pacientes, da equipe e do público em geral, devendo assegurar os recursos materiais e humanos e a implementação das medidas necessárias para garantir o cumprimento dos requisitos das Resolução e das demais normativas aplicáveis;
- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de medicamentos, ao controle de estoque para realização dos exames de imagem e endoscopia no **HERSO.**
- Planejar e controlar a dispensação por dose individualizada, visando estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de estocagem e controle dos produtos farmacêuticos de uso no serviço de imagem e endoscopia.
- Elaborar manuais técnicos e formulários próprios.
- Coordenar as atividades de informação sobre imagem e endoscopia junto às diversas comissões do **HERSO.**
- Participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de pesquisa do **HERSO.**
- Participar das atividades de controle das infecções hospitalares.
- Coordenar as atividades de educação, treinamentos e política de Imagem e endoscopia.
- Desenvolver atividades colaborativas com outras áreas do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado **HERSO** controlar os exames e sua aplicabilidade diagnostica;
- Emitir relatórios mensais sobre as atividades desenvolvidas pela Supervisão.
- Representar a unidade junto à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento e demais áreas do **HERSO.**
- Providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços. Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Outras atividades correlatas.

Art. 12. À Supervisão do Serviço Agência Transfusional compete:

- Planejar, implantar, executar e supervisionar as atividades da unidade;
- Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito da Unidade Assistencial;
- Identificar as necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;

- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- Desenvolver ações de integração do cuidado multiprofissional;
- Propor metas qualitativas e quantitativas relativas ao cuidado desenvolvido no âmbito da unidade, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação acordados com o Gestor do SUS;
- Monitorar e avaliar o cuidado praticado na Unidade;
- Participar do planejamento anual do setor, de acordo com as metas estabelecidas pela Gerência de Apoio diagnostico e do **HERSO;**
- Cumprir as normas técnicas e administrativas do **HERSO**, bem como o seu Regimento;
- Colaborar com as Comissões e Comitês específicos do **HERSO** e/ou deles fazer parte, quando solicitado, sem prejuízo do exercício das funções assistenciais no hospital.
- Respeitar a hierarquia administrativa, a estrutura organizacional e as funções da Unidade; Realizar as atividades assistenciais de acordo com os POP's específicos de cada profissional.

Art. 13. À Supervisão do Serviço Multiprofissional compete:

- Coordenar e otimizar serviços de transferências, óbitos, realização de exames e altas, de forma contínua e documentada, melhorando a qualidade do atendimento ao cliente.
- Tomar ciência dos plantões para solução de possíveis problemas existentes;
- Avaliar técnica, ética, conduta e postura dos colaboradores;
- Realizar inspeções periódicas dos CTI'S, observando se o padrão de trabalho está sendo mantido;
- Realizar controle do cumprimento das normas e rotinas dos colaboradores;
- Orientar e cobrar da equipe multiprofissional, para que se conservem os 5S,e o correto preenchimento dos formulários;
- Verificar a quantidade de exames que serão realizados no dia;
- Otimizar a realização dos exames, bem como altas, transferências e óbitos;
- Observar, à noite, se o aparelho de eletro e desfibrilador estão sendo mantidos ligados na tomada;
- Participar de reuniões sempre que solicitado;
- Incentivar sua equipe ao aperfeiçoamento e crescimento profissional;
- Identificar (plantão noturno) a necessidade de recursos humanos e materiais necessários para o bom funcionamento do serviço e realizar remanejamentos segundo necessidade.

- Cumprir e fazer cumprir regulamentos das rotinas, circulares e outras instruções;
- Esclarecer, quando solicitado, dúvidas sobre as condições de saúde do cliente e sobre o serviço a familiares;
- Executar trabalhos específicos em cooperação com outros profissionais.
- Zelar pela manutenção e conservação de equipamentos e material da Unidade.
- Participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de pesquisa do **HERSO.**
- Participar das atividades de controle das infecções hospitalares.
- Coordenar as atividades de educação, treinamentos e política de Imagem e endoscopia.
- Desenvolver atividades colaborativas com outras áreas do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado **HERSO** controlar os exames e sua aplicabilidade diagnostica;
- Emitir relatórios mensais sobre as atividades desenvolvidas pela Supervisão.
- Representar a unidade junto à Gerência de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento e demais áreas do **HERSO.**
- Providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços. Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Outras atividades correlatas.

Art. 14. À Gerência Médica compete:

- Dirigir, coordenar, supervisionar e providenciar todas as solicitações e sugestões do Corpo Clínico.
- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da Instituição.
- Colaborar com as demais Gerências sempre que solicitado.
- Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento e Regulamento do hospital e zelar pelo cumprimento do Código Brasileiro de Deontologia Médica.
- Outras atividades correlatas.

Art. 15. A Gerência Médica é composta por:

- Supervisão dos Serviços de Urgências
- Supervisão dos Serviços Clínica Cirúrgica
- Supervisão dos Serviços Clínica Médica

Art. 16. A Supervisão dos Serviços de Urgências do Hospital **HERSO** compete:

- Receber e atender aos pacientes críticos, realizar condutas para reanimação e estabilização, prescrever condutas, solicitar exames e definir terapêutica;

- Atender às intercorrências de Pacientes das Enfermarias do **HERSO** independente da especialidade ou patologia;
- Reavaliar todos os pacientes críticos em observação;
- Solicitar exames complementares para o diagnóstico;
- Após as reavaliações e estabilização dar o seguimento adequado ao paciente: INTERNAR ou ENCAMINHAR para especialista do Hospital ou solicitar transferência para outra unidade da rede ou conveniada;
- Preencher formulário de solicitação de transferência e encaminhar ao Serviço Social para a Central de Regulação de Leitos, no caso de não haver vaga para internação nas enfermarias adequadas do **HERSO,** colocando informações detalhadas dos problemas identificados e impressões diagnósticas, do motivo da transferência, exames realizados, resultados dos mesmos e sinais vitais do paciente;
- Acompanhar o paciente em exames fora da Unidade Hospitalar quando necessário;
- Preencher de forma adequada e completa o formulário de internação;
- Priorizar juntamente com a equipe multiprofissional os pacientes mais graves para serem transferidos internamente para internação em Enfermaria ou UTI;
- Descrever em prontuário histórico da doença e todas as condutas realizadas no paciente em tempo oportuno com data, horário, carimbo e assinatura;
- Aplicar os Protocolos Clínicos/Linhas Guia definidos para o Serviço/Hospital;
- Orientar os pacientes com relação às condutas e procedimentos prescritos para o mesmo ou ao familiar;
- Adotar critérios rigorosos na solicitação de procedimentos complementares e classificar se é Urgência ou Rotina;
- Informar suspeita diagnóstica e o que se pretende ao solicitar exames de imagem e laboratoriais;
- Seguir as orientações da Direção do Serviço de Urgência e Emergência, Direção do Hospital;
- Desempenhar as atividades médicas em sintonia com a equipe multidisciplinar e multiprofissional;
- Participar das reuniões e atividades científicas e de capacitação permanente convocadas pelo, Direção;
- Colaborar com as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas pelo hospital e Instituições de Ensino que possuem convênio com o **HERSO**;
- Desempenhar outras atividades necessárias ao bom atendimento dos pacientes, mesmo

que não estejam elencadas neste documento;

- Definir o Diagnóstico Provisório ou Definitivo do Paciente em no máximo 12 horas após entrada no Hospital;
- Seguir as orientações do Código de Ética Médica e Normas Institucionais.

Art. 17. A Supervisão dos Serviços de Clínica Médica do Hospital **HERSO** compete:

- Prestar cuidados médicos aos pacientes do setor segundo a política assistencial da unidade com ênfase no gerenciamento dos riscos, promoção da biossegurança e segurança do paciente;
- Conduzir-se em seu processo de trabalho segundo os parâmetros técnicos e princípios éticos da Medicina;
- Cumprir e fazer cumprir os protocolos e diretrizes clínicas, planos terapêuticos, mapeamento de processos, procedimentos operacionais padrões - POP's, interações de processos entre serviços de plano de segurança do paciente;
- Realizar suas atividades de forma segura, visando resguardar a si e a terceiros de riscos ocupacionais e agravos à saúde;
- Trabalhar de forma articulada e integrada com os setores, primando pela interlocução e cooperação com as equipes das demais áreas assistenciais e de apoio da unidade;
- Resolver as intercorrências imediatas do plantão e revisar condutas do dia anterior;
- Seguir fluxos de admissão e acompanhar a equipe sob sua supervisão no Registrar história clínica em formulário específico do MV no campo "admissão", com todos os seus aspectos, de forma cronológica e clara de admissões internas e externas e em seguida gerar o formulário impresso, assim como AIH.
- Imprimir, carimbar, assinar e anexar ao prontuário;
- Abrir plano terapêutico: formulário específico presente em pasta de impressos no setor e pasta do computador ("Público > Clínica Médica > Documentos Médicos);
- Estabelecer metas iniciais, prazos para conclusão, assim como para alta;
- Solicitar swab retal para rastreio de VRE e KPC de acordo com critérios do SCIH (documento presente na pasta do computador "Público > Clínica Médica > Documentos Médicos" e em pasta física na sala de prescrições);
- Solicitar sorologias (HIV, hepatites B e C) se paciente renal crônico com previsão de continuar hemodiálise externa;
- Solicitar exames de imagem e demais pertinentes a cada patologia após avaliação clínica;
- Acompanhar e orientar a priorização da solicitação de exames laboratoriais no período

da manhã (no caso de paciente anticoagulado com Varfarina solicitar TAP até às 09h00m e deixar prescrição da medicação às 18h00m, visando tempo hábil de ajuste de dose);

- Desempenhar as atividades médicas em sintonia com a equipe multidisciplinar e multiprofissional;
- Participar das reuniões e atividades científicas e de capacitação permanente convocadas pelo, Direção;
- Colaborar com as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas pelo hospital e Instituições de Ensino que possuem convênio com o **HERSO**;
- Desempenhar outras atividades necessárias ao bom atendimento dos pacientes, mesmo que não estejam elencadas neste documento;
- Definir o Diagnóstico Provisório ou Definitivo do Paciente em no máximo 12 horas após entrada no Hospital;
- Seguir as orientações do Código de Ética Médica e Normas Institucionais.

Art. 18. A Supervisão dos Serviços de Clínica Cirúrgica do Hospital **HERSO** compete:

- Receber e atender aos pacientes com indicação cirúrgica, realizar condutas para prescrever condutas, solicitar exames e programar cirúrgica;
- Analisar e discutir com medico do PS às intercorrências de Pacientes que necessitarem de cirurgia;
- Reavaliar todos os pacientes críticos em observação, com indicação cirúrgica
- Solicitar exames complementares para o diagnóstico;
- Desempenhar as atividades médicas em sintonia com a equipe multidisciplinar e multiprofissional;
- Participar das reuniões e atividades científicas e de capacitação permanente convocadas pelo, Direção;
- Colaborar com as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas pelo hospital e Instituições de Ensino que possuem convênio com o **HERSO;**
- Desempenhar outras atividades necessárias ao bom atendimento dos pacientes, mesmo que não estejam elencadas neste documento;

CAPÍTULO IV

DA REPRESENTAÇÃO E PROCESSO DE ESCOLHA

Art. 19. O Corpo Clínico é coordenado e representado pelo Gerente Médico e, na(s) sua(s) impossibilidade(s), pelo seu respectivos substituto. O Coordenador Médico será eleito a cada 30 (trinta) meses, por votação direta e secreta, em Processo Eleitoral do Corpo Clínico especialmente convocado para essa finalidade por meio de Edital interno do Diretor Técnico do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**), por maioria simples de votos, podendo haver reeleição do mesmo por até 4 (quatro) mandatos consecutivos. O Edital deverá ser exposto com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 20. À Diretoria Técnica compete:

- Assegurar as condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico, em benefício da saúde da população usuária de seus serviços;
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sendo o responsável para prover as condições necessárias ao seu funcionamento;
- Representara Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado **(HERSO)** em suas relações com as autoridades médicas e sanitárias, quando o exigirem as leis em vigor;
- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentar e sem vigência.
- Comunicar ao CRM, por escrito, ao assumir ou deixar definitivamente o cargo;
- Assegurar espaço físico adequado para o funcionamento das atividades do corpo clínico da Unidade.

Art. 21 - À Gerência Médica do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (**HERSO**) compete:

- Exercer a Gerência Clínica e representar o Corpo Clínico em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente, ou que venham a existir, assim como externamente sempre que necessário ou solicitado pela Diretoria Técnica;
- Presidir as Assembleias do Corpo Clínico;
- Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas e as atividades de assistência do Corpo Clínico, estimulando em cada um o espírito de trabalho em equipe, o respeito ao paciente, os princípios que norteiam a moral e a ética médica e o espírito científico;
- Acompanhar os trabalhos de cada clínica e seus coordenadores, com vistas à prestação

da melhor assistência ao paciente;

- Indicar os representantes do Corpo Clínico nas diversas comissões de assessoria técnica e análise de desempenho existente na unidade;
- Assegurar a assistência médica integral, geral e especializada, ao paciente em todas as fases do seu atendimento;
- Elaborar e revisar, regularmente e sempre que necessário, normas, rotinas e procedimentos direcionados ao Corpo Clínico, bem com o zelar pelo seu cumprimento;
- Participar ativamente das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na unidade;
- Estimular a participação de todos os membros nos eventos científicos organizados pela Unidade, com vistas ao aperfeiçoamento técnico;
- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico, bem como pelos regulamentos institucionais e pela sua boa imagem.
- Comunicar aos órgãos diretivos, e quando necessário ao Conselho Regional de Medicina de Goiás, falhas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada na Instituição.
- Comunicar, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, a posse / afastamento, ou a substituição desta função, sempre que ela ocorrer, mesmo que temporariamente.

Art. 22. Aos Membros do Corpo Clínico compete:

- Frequentar as instalações do **HERSO,** valendo-se dos recursos técnicos e meios de diagnóstico disponíveis para promover o melhor atendimento aos seus pacientes.
- Participar das Assembleias e Reuniões Técnico-Científicas do Corpo Clínico;
- Participar das comissões permanentes e temporárias do **HERSO;**
- Votar e ser votado nas eleições deliberativas;
- Eleger o Coordenador Médico, bem como a Comissão de Ética Médica;
- Elaborar adequadamente os prontuários dos pacientes sob seus cuidados, fazendo as evoluções e prescrições de forma legível, assinando, datando e identificando o responsável;
- Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética sobre os atos que tenha praticado no exercício da medicina;
- Colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes;
- Orientar-se pelo Código de Ética Médica, manter com os demais colegas e funcionários um relacionamento cordial, colaborativo e respeitoso;

- Receber a remuneração sem intermediação ou desconto e sem retenção.

Parágrafo Único: O uso de equipamentos e instrumentos e a utilização de medicamentos poderão ser restringidos por normas relativas à qualificação e treinamento dos membros e limitados pela observância de Protocolos Assistenciais de cada serviço.

Das Assembleias Gerais do Corpo Clínico

Art. 23. A Assembleia Geral é o órgão máximo de decisão do Corpo Clínico.

§1°. O Corpo Clínico de liberará por meio de Assembleias Gerais Ordinárias convocadas pelo Diretor Técnico com antecedência mínima de 10 (dez) dias, instalando-se, em primeira convocação, com quórum mínimo de 2/3 de seus membros e, em segunda convocação, após uma hora, com qualquer número de membros.

§2°. As deliberações se darão por maioria simples de votos.

§3°. Extraordinariamente, as Assembleias poderão ser convocadas com 24 horas de antecedência pelo Diretor Técnico ou por solicitação de pelo menos 1/3 dos membros do Corpo Clínico.

§4°. A Diretoria Geral poderá solicitar a realização de Assembleias Extraordinárias por meio do Diretor Técnico.

CAPÍTULO VII

DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 24. A Comissão de Ética Médica é regida pela Resolução CFM Nº 2.152/2016, destacando que a Comissão de Ética Médica será composta de membros efetivos e suplentes, sempre em número proporcional ao de membros do Corpo Clínico do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**);

§1°.A eleição da Comissão de Ética será feita pela votação direta e secreta de todos os médicos pertencentes ao Corpo Clínico e o mandato será conforme normas vigentes estabelecidas pelo CFM;

§2°. As eleições serão convocadas pelo Coordenador Médico com antecedência de 30 dias, com prazo de inscrição até 14 dias antes da data da assembleia que a elegerá;

§3°. Os candidatos à Comissão de Ética se inscreverão individualmente junto ao Coordenador Médico, que nomeará uma junta eleitoral para coordenar as eleições.

§4°. O mandato da Comissão de Ética Médica será coincidente com o da Gerência Médica, sendo permitida a recondução ao cargo.

§5°. A presidência da Comissão será exercida pelo membro que obtiver o maior número de votos, escolhendo entre os demais membros o seu secretário.

§6°. Em caso de vacância do cargo, será convocado a preenchê-la o suplente que tiver obtido o maior número de votos. Quando houver vacância de metade ou mais dos cargos, será convocada nova eleição para complementar o mandato.

Art. 25. Compete à Comissão de Ética Médica:

- Zelar pelos princípios da ética médica.
- Supervisionar e orientar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica.
- Comunicar ao CRM o exercício ilegal da medicina.
- Manter atualizado o cadastro de médicos na Instituição.
- Colaborar com o CRM na tarefa de educar, divulgar e orientar sobre temas relativos à ética médica.
- Instaurar sindicâncias, apurar e emitir relatório circunstanciado de todas as infrações que cheguem ao seu conhecimento.

CAPÍTULO VIII

DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 26. Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator, sujeito às penalidades deste Regimento quando:

- Infringir o Código de Ética Médica e as determinações dos Conselhos Federal de Medicina – CFM e o Conselho Regional de Medicina de Goiás – CRM/GO.
- Infringir o Estatuto do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**) quando houver conotação ética.

§1°. Nos casos de suspeita ou indício de infração, a Comissão de Ética instaurará sindicância, apurará e, no prazo de trinta dias, encaminhará a conclusão ao Coordenador Médico para aplicação da punição.

§2°. Nos casos de suspeita de infração de caráter ético, o resultado será encaminhado ao CRM, que julgará e, se for o caso, aplicará a punição.

§3°. Será garantido ao acusado o amplo direito à defesa.

Art. 27. Os Membros do Corpo Clínico que forem considerados transgressor estarão sujeitos às seguintes penalidades:

- Advertência Verbal.
- Advertência Escrita.
- Suspensão por 30 dias de suas atividades na Unidade.
- Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo Único: As penalidades aplicadas por transgressão a normas administrativas ou regimentais obedecerão à gradação acima, exceto nos casos de incontestável gravidade, a juízo a Comissão de Ética e Gerência Médica.

CAPÍTULO IX

DAS COMISSÕES/COMITÊS TÉCNICOS

Art. 28. São Comissões/Comitês Técnicos Permanentes do corpo clínico do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (**HERSO**):

- A Comissão de Ética Médica.
- A Comissão de Revisão de Prontuário.
- Comissão de Farmácia.
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos.
- OUTRAS.

Art. 29. Serão Comissões Temporárias do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (**HERSO**) as criadas segundo a necessidade de melhor organizar os trabalhos desta Instituição.

Parágrafo Único - A duração das Comissões Temporárias não poderá exceder o prazo de seis meses. Caso haja necessidade de extensão dos seus trabalhos por um período maior, elas serão transformadas em Comissões Permanentes e deverão seguir as regras estabelecidas para estas.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 30. Os atos médicos que impliquem grande risco de vida, incapacidade física permanente ou interrupção da gravidez deverão ser previamente submetidas à apreciação do Coordenador Médico e Diretor Técnico e, se necessário, da Comissão de Ética, com registro em ata.

Parágrafo Único - Em caso de urgência, está junta poderá ser exercida por três médicos presentes ao ato, sendo o fato posteriormente comunicado ao Coordenador Médico.

Art. 31. Os documentos constantes do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda e responsabilidade do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (**HERSO**).

§ 1°. É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se de partes ou a totalidade do prontuário médicos em a autorização do Coordenador Médico e Diretor Técnico, podendo consultá-lo após solicitação por escrito e assinatura de termo de responsabilidade.

§ 2°. A divulgação pública de fatos referentes ao prontuário médico somente poderá ocorrer com a autorização expressa do paciente ou seu responsável legal, devendo ser feita pelo médico assistente ou pelo Coordenador Médico. Neste caso, com conhecimento do mesmo.

Art. 32. Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos emergencialmente pelo Coordenador Médico, até que a Assembleia do Corpo Clínico os avalie e tome sua decisão.

Art. 33. Este Regimento Interno entra em vigor após ser aprovado pelo Corpo Clínico do **HERSO** é referendado pelo CRM, aprovado e registrado.

Após a revisão, o Regimento deverá ser submetido à apreciação e aprovação do Corpo Clínico, e duas cópias encaminhada são CRM/GO, juntamente com a Ata da Assembleia que o aprovou, para homologação.

Santa Helena de Goiás, / / 2023

6.5 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da unidade e melhoria do atendimento ao USUÁRIO

A ciência é o estudo sistemático da natureza e do universo, enquanto a tecnologia é o uso prático dos conhecimentos científicos. Ao longo da história, as técnicas científicas e os avanços tecnológicos têm sido cruciais para o progresso da humanidade. Tecnologia é um produto da ciência e da engenharia que envolve um conjunto de instrumentos, métodos e técnicas que visam a resolução de problemas e a melhoria do serviço.

Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação

Devido à complexidade assistencial e administrativa de um hospital, cada vez mais se exige um atendimento de alto nível aos pacientes, com controle de custos, e a otimização de todas as tarefas pertinentes ao atendimento hospitalar.

De acordo com CELESTINO, 2002, os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneas: hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor. De certa forma, é natural que todos esses organismos fossem, cada vez mais, regidos por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições – um arcabouço legal cada vez mais dinâmico e variado.

Neste cenário de alta competitividade e complexidade, as empresas estão cada vez mais dependentes de informações precisas e objetivas, conferindo à informação um status de patrimônio e capital, fundamental para a tomada de decisão e ao sucesso das operações das empresas, que torna indispensável à utilização de um software de Enterprise Resource Planning (ERP), ou em português, Sistemas Integrados de Gestão Empresarial (SIGE), que tornará possível o controle informatizado de todos os processos do ambiente hospitalar.

Com a redução do custo de computação e aumento da capacidade do computador, tornou-se viável o uso da tecnologia da informação para tarefas mais analíticas do que o processamento manual de transações. Os sistemas de informação funcional entram em cena para assegurar que as atividades da organização (funções) sejam executadas de modo eficiente. Ele prepara relatórios, extraindo informações do banco de dados da corporação e processando-as de acordo com as necessidades dos usuários. (TURBAN. RAINER JR. POTTER, 2003, p. 36)

Para o sucesso da implantação de um software ERP, devem-se gerenciar de forma eficiente os processos administrativos e assistenciais, onde deve ser implantada uma revisão nos processos e a necessidade da implantação de um modelo adequado de governança de T.I. para suportar as novas tecnologias em implantação.

A gestão da T.I. é fundamental nas organizações hospitalares e para o sucesso da implantação e utilização dos sistemas informatizados. É fundamental que a gestão da T.I. conte com profissionais com diversas características como: competências técnicas, conhecimento, visão e principalmente capacidade, conhecimento e experiência na área da saúde, possibilitando um gerenciamento da informação, determinando estratégias de utilização da informatização para atingir o melhor desempenho de cada setor do hospital. A gestão da T.I. ainda é responsável por diagnosticar as disfunções do sistema, desenvolver e aplicar soluções de rede e hardware, e desenvolver e executar os projetos de informática que serão adotados pela organização.

Antes de tudo, é necessário reconhecer que a Gerência dos Sistemas de Informação (GSI) é indispensável para que um hospital possa desenvolver e administrar seus recursos de informação, que constituem requisito essencial para a produção eficiente de serviços de saúde de alta qualidade. (LAVERDE, 2010, p. 332)

O Serviço de Tecnologia da Informação - TI corresponde a um serviço de apoio para o **HERSO**. A Unidade adotará Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médico, equipe de enfermagem, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam). Os prontuários estarão devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME.

O **HERSO** disporá de serviços de informática com sistemas que permitam a integração com a rede assistencial de referência e contra referência, por meio eletrônico, favorecendo o processo de agendamento de consultas e procedimentos a serem realizados na unidade.

O referido sistema de informação contemplará, no mínimo, o registro dos atendimentos realizados, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resoluções CFM nº. 1.639/2002, 1.821/2007 e 2.218/2018), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam o acesso via Internet (WEB) pela SES/GO e atendam aos indicadores

e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá à contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios para a SES/GO.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **INSV** serão efetuados por meio dos dados registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde

O Serviço de Tecnologia da Informação - TI estará subordinado à Diretoria Administrativa e terá como responsabilidade a manutenção da infraestrutura (equipamentos e softwares) de TI da unidade, respondendo pelos serviços de implantação e suporte de sistemas, instalação, configuração e manutenção (preventiva e corretiva) do parque de equipamentos e softwares, direcionados as áreas de Sistemas, Internet, Correio Eletrônico, Assistência Técnica, Servidores e Telefonia.

O **HERSO** contará com serviços de informática com sistema informatizado para gestão hospitalar que contemplará: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitirão acessar via Internet (WEB) e atenderá aos indicadores e informações especificados no contrato de gestão.

Com todas as informações devidamente armazenadas, será possível a integração de todos os setores da unidade, e o efetivo controle das rotinas hospitalares e administrativas, bem como a emissão de relatórios gerenciais como ferramenta de tomada de decisões.

A equipe contará com profissionais especializados, agindo de forma a assegurar o pleno funcionamento da estrutura física e lógica de Tecnologia da Informação necessárias ao desempenho das atividades fins da instituição.

Serão da responsabilidade do **INSV** instalação da rede de informática, bem como a aquisição de equipamentos, sistemas e programas. A implantação da rede de computadores levará em torno de 30 dias e o sistema de gestão hospitalar levará 120 dias para a sua completa instalação e operação por parte de todos os setores, assim como treinamento.

O Serviço de TI do **HERSO** disporá de 1 sala refrigerada com temperatura máxima de 22º com a finalidade de acomodação dos servidores que serão instalados em rack padrão de 19 polegadas e 1 sala para utilização pelos profissionais da área com a mobília necessária para

este fim. Atenderá das 7:00h às 17:00h com sobreaviso nos horários de plantão e terá como área de abrangência todos os serviços, setores e departamentos do Hospital.

Sistema Integrado De Gestão Hospitalar

Os sistemas informatizados de gestão hospitalar são fundamentais na operacionalização de uma unidade de saúde do porte do **HERSO** fundamental para a composição de toda a área assistencial e sua interligação com os serviços de apoio ao diagnóstico, complementares e administrativos financeiros. Desta forma, a infraestrutura prevista pelo sistema informatizado de gestão hospitalar prevê suporte para todas as atividades, quer sejam médicas, administrativas, financeiras ou de marketing, propiciando o acesso por serviços internet, através de extranets e intranets, com seus Indicadores sendo publicados regularmente, o que facilitará e muito a prestação de contas e informações de metas realizadas para a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Características Técnicas - Sistema Modular:

- O Sistema será implementado em módulos funcionais, cada um abrangendo diversos aplicativos que têm maior coesão e que atuarão de forma perfeitamente integrada, como relacionado a seguir:
- Recepção: Recepção e Atendimento Especializado Ambulatorial
- Central de Informações; Ambulatório;
- SADT: Exames por imagem; laboratório de análises clínicas; resultados de exames;
- Administrativo: SAME, Prontuário Eletrônico, Higienização, Vigilância, Fornecedores, Cotações e Compras; Gestão do Almoxarifado; Farmácia; Nutrição e Dietética;
- Financeiro: Faturamento, Contas a pagar e a receber, Fluxo de Caixa, Custos, Contabilidade, Tesouraria e Auditoria;
- RH: Controle de Pessoal; Plantões; Administração de Recursos Humanos.
- Relatórios Gerenciais e Informativos: Gerador de relatórios próprio para extração de quaisquer informações da base de dados;
- Sistema de informações gerenciais: com telas e relatórios específicos para os indicadores preconizados no contrato de gestão com a Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado **(HERSO).**
- Hardware: Para o funcionamento seguro do sistema informatizado de gestão hospitalar

será necessária a instalação de dois computadores servidores em sistema de espelhamento, além de firewall e switches para proteger a rede interna. As estações de trabalho serão configuradas adequadamente, com máquinas tecnologicamente atualizadas, visando minimizar interrupções nos processos;

- Rede Lógica: Os computadores do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado **(HERSO)** estarão interligados em uma rede lógica, de cabeamento estruturado com os pontos ativos, e com fácil infraestrutura de expansão. Existirá ainda uma rede sem fio para acesso de usuários que precisam de mobilidade.

Equipamentos de suporte necessários:

- Servidor de Terminais;
- Servidor de Rede Local e domínio;
- Servidor de Internet;
- Estações de trabalho para o coordenador e o técnico de suporte;
- Switches de Rede;
- Roteadores;
- Central Telefônica de Médio Porte;
- Ferramental de Suporte e Assistência Técnica.

Competências do Serviço de TI:

- Implantação e regulamentação das ações de tecnologia da informação do hospital, direcionadas aos sistemas de informação e informática em saúde;
- Incorporação de novas tecnologias com o objetivo à disseminação das informações;
- Definição dos padrões para captação operacional das bases de dados dos sistemas desenvolvidos e implantados no âmbito da Instituição;
- Gerenciamento do acervo e manutenção de equipamentos do **HERSO.**

Atribuições da Equipe Técnica

Ao supervisor do Serviço de TI compete:

- Desenvolver metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento do

setor de Tecnologia da Informação do **HERSO.**

Ao Técnicos de Informática compete:

- Realizar manutenção corretiva e preventiva do parque de equipamentos e softwares;
- Implantar e dar suporte aos sistemas e aplicativos utilizados na instituição;
- Realizar o cadastro/atualização do inventário de equipamentos;
- Realizar relatório sintético do inventário de máquinas;
- Identificar o funcionamento e relacionamento entre os componentes de computadores e seus periféricos;
- Instalar e configurar computadores, isolados ou em redes, periféricos e softwares;
- Identificar a origem de falhas no funcionamento de computadores, periféricos e softwares, avaliando seus efeitos;
- Analisar e operar os serviços e funções de sistemas operacionais;
- Avaliar e especificar necessidades de treinamento e de suporte técnico aos usuários;
- Executar ações de treinamento e de suporte técnico;
- Analisar e operar os serviços e funções de sistemas operacionais;
- Selecionar programas de aplicação a partir da avaliação das necessidades do usuário;
- Identificar tipos, serviços e funções de servidores;
- Organizar a coleta e documentação de informações sobre o desenvolvimento de projetos;
- Identificar meios físicos, dispositivos e padrões de comunicação, reconhecendo as implicações de sua utilização no ambiente de rede;
- Selecionar e utilizar estruturas de dados na resolução de problemas computacionais.

Ao Telefonista compete:

- Operar mesa telefônica PABX, realizando e recebendo ligações telefônicas urbano/interurbanos, a fim de facilitar a comunicação interna/externa da organização;
- Controlar ligações telefônicas, preenchendo formulário, anotando nome do solicitante, número do telefone, área, para possibilitar sua conferência;
- Fornecer informações em gerais referentes a assuntos diversos pertinentes a instituição, informando locais de atendimento e visitas, horários e outros dados, para atender solicitações;

- Zelar pelo equipamento, comunicando defeitos e solicitando conserto e manutenção, para assegurar adequadas condições de funcionamento.
- Rotinas Administrativas

Serão consideradas as seguintes definições em TI:

- E-mail: transmissão eletrônica de informações por meio de protocolos de correio eletrônico adotado pelo serviço.
- E-mail corrente: mensagem sucessivamente enviada a várias pessoas.
- E-mail em massa: Qualquer e-mail enviado a mais de quinze pessoas.
- Norma de utilização:
- O sistema de e-mails do **HERSO** não deverá ser usado para criação ou distribuição de qualquer mensagem ofensiva, incluindo comentários pejorativos sobre etnia, gênero, cor do cabelo, necessidades especiais, idade, orientação sexual, pornografia, crenças e práticas religiosas, crenças políticas ou nacionalidade. Profissionais que receberem qualquer e-mail com este conteúdo, enviados por profissionais do hospital, devem reportar o evento à coordenação de recursos humanos (RH) imediatamente;
- O sistema de e-mail não deve ser utilizado para fins particulares em acordo com a "Política de Segurança da Informação" e com a "Política de Cessão de Recursos de TI" da unidade;
- Não será permitido o envio de e-mail corrente;
- O envio de e-mails em massa com endereços externos só deverá ser feito com anuência da Diretoria Geral;
- Não será permitido o envio de mensagens com informações sobre a **HERSO** a públicos não autorizados, em qualquer hipótese;
- Também não será permitido o envio de mensagens de desligamento de colaboradores. Este procedimento poderá ser realizado, caso necessário, pelo gestor responsável apenas para comunicar o desligamento após definição criteriosa do público-alvo da mensagem.
- Assinatura de e-mail:
- A assinatura profissional do e-mail deve seguir o padrão normatizado pela Supervisão Administrativa (publicado na Intranet Corporativa da TI);
- No rodapé de todos os e-mails enviados é inserida automaticamente uma mensagem de confidencialidade. Portanto, não devem ser incluídas outras mensagens nos rodapés

(como por exemplo, "campanhas ecológicas"). Exceções devem ser encaminhadas para avaliação e aprovação da Diretoria Administrativa/Financeira.

Conta de e-mail para não colaboradores:

- Não será permitida a criação de contas de e-mail para "não colaboradores" (fornecedores e subcontratados) da unidade.

Monitoramento:

- O e-mail corporativo deve ser utilizado exclusivamente para a finalidade de desenvolvimento da atividade profissional do colaborador, nesta empresa, e a sua utilização adequada será regularmente monitorada.

Mensagem de confidencialidade de e-mail:

"*Esta mensagem é destinada exclusivamente para a pessoa identificada e pode conter informações confidenciais. Se você não é o destinatário, por gentileza, notifique-nos imediatamente via e-mail e apague esta mensagem. A utilização, cópia, distribuição e divulgação não autorizadas desta mensagem são expressamente proibidas*".

Observação: Qualquer profissional que violar essa rotina está sujeito às sanções administrativas e contratuais cabíveis.

6.5.1 Política de Segurança da Informação

Objetivo:

Definir responsabilidades e orientar a conduta dos profissionais do **HERSO** na utilização de ativos de informação empresarial, com o objetivo de proteger a integridade e confidencialidade das informações e garantir a continuidade operacional do negócio.

Aplicação:

As normas são aplicáveis aos todos os profissionais do **HERSO** que se encontram no pleno exercício de suas atividades profissionais.

Descrição das Atividades:

- Os recursos de TI - hardware, software ou serviço, deverão ser utilizados de maneira responsável, consistente com objetivos profissionais;
- O recurso deverá ser utilizado exclusivamente para o desempenho das atividades profissionais;
- Todas as utilizações que não estiverem de acordo com estes objetivos são consideradas inapropriadas e podem colocar em risco o acesso aos demais recursos;
- Utilizar qualquer recurso de TI somente após obter autorização e assinar o "Termo de Compromisso" referente à esta política, no qual declara conhecer as políticas e normas em vigor e se compromete a cumpri-las;
- Informar imediatamente perda, roubo, danos ou quaisquer incidentes de segurança que venham a ocorrer com o(s) equipamento(s) fornecidos ao profissional, registrando o incidente ocorrido à área de Recursos Humanos;
- Não desabilitar e/ou desinstalar as ferramentas de segurança instaladas no(s) equipamento(s) fornecido(s);
- Tomar todas as precauções necessárias para garantir a integridade do(s) equipamento(s) fornecido(s);
- As contas e senhas serão atribuídas aos usuários em função de seus recursos são individuais e únicas, e não devem ser reutilizadas ou atribuídas a qualquer pessoa;
- Informar imediatamente a área de TI eventuais violações de segurança ou às normas em vigor;
- Não permitir ou colaborar com o acesso aos recursos por parte de pessoas não autorizadas;
- Não ligar ou desligar fisicamente ou eletricamente um recurso e nenhum componente externo, como cabos, impressoras, discos ou sistemas de vídeo, sem uma autorização específica;
- Respeitar os direitos de propriedade intelectual, de acordo com a regulamentação pertinente, em particular a lei de direitos autorais de software;
- Utilizar apenas produtos de software com as licenças de uso válidas.

6.5.2 Gerenciamento de Acesso

Objetivo:

Estabelecer diretrizes de gerenciamento de acesso aos serviços de Tecnologia da Informação para garantia da confidencialidade e integridade das informações.

Aplicação:

Este documento se aplica a todos os setores que desempenham funções diretamente relacionadas ao gerenciamento de acesso, através do fornecimento, controle, alteração e/ou remoção de acesso aos serviços de Tecnologia da Informação, e também a quaisquer usuários que façam uso ou que solicitam acesso a serviços de Tecnologia da Informação.

Definições:

- TI: Tecnologia da Informação.
- Serviços de TI: recursos lógicos de TI que são disponibilizados ao usuário através de concessão de direito de uso, como acesso à rede interna, a sistemas e aplicativos, diretórios de rede e contas de e-mail.
- Login: identificação única que o usuário utiliza para acessar a rede, conta de e-mail, sistemas e aplicativos.
- Service Desk: central de atendimento da TI para tratamento de incidentes e solicitações de Chamado.

Descrição das Atividades:

- Cada usuário terá sua permissão para acessar as informações de acordo com o perfil correspondente ao seu setor e suas funções no **HERSO** para uso de pen drives, mídias, e-mail, internet e Sistema de informação;
- As portas USB dos micros sempre estarão desabilitadas, caso algum usuário queria acessar o pen drive terá que abrir chamado no servisse desk TI;
- Passo a passo das atividades a serem cumpridas pela equipe de TI e usuários da rede do **HERSO**:

    I. Verificar se existe o usuário na rede;
    II. Se sim, deverá logar. com o usuário e senha e utilizar os serviços de TI conforme seu perfil;
    III. Se não, verificar com o RH se o usuário é um novo colaborador;
    IV. Se sim, cadastrar usuário (Login e senha), realizar tramites necessários e realizar a permissão na pasta da rede do hospital, Sistema de informação, e-mail e internet;

V. Se não, realizar meios para proibição de acesso a qualquer serviço de TI no hospital.

6.5.3 Configuração E Utilização de E-Mail

Objetivo:

Realizar a configuração e padronização dos e-mails do **HERSO** bem como a sua utilização pelos usuários.

Definição:

Outlook Express e/ou Gmail - Programa para Gerenciar e-mails Sistema de Gestão em Saúde utilizado no hospital.

Descrição de Atividades:

- Solicitar a implementação de um novo e-mail para o Coordenador de Tecnologia da Informação, criando uma Ordem de Serviço através do Sistema;
- Confirmar com a Gerência da área solicitante a real necessidade do novo e-mail e identificar aprovação final;
- O coordenador de TI encaminha a solicitação para o INSV, e este cria através do site da empresa de internet, a caixa e o endereço de e-mail;
- Após a criação do novo e-mail, divulgar entre os setores, os e-mails novos e atuais cadastrados no **HERSO**.
- A alteração de perfis de acesso que constam nesse documento (inclusão ou exclusão) deve ser avaliada pelos responsáveis das áreas envolvidas. Os critérios utilizados para solicitação e aprovação da alteração dos perfis de acesso devem zelar pela segurança da informação, regulada pelas normas legais vigentes impostas pelas Agências Reguladoras e pelos programas de controle de qualidade (nacionais e internacionais) aos qual o **HERSO** está submetido.

6.5.4 Acesso às Informações

Objetivo:

Garantir a segurança, confiabilidade, privacidade, e integridade das informações de clientes.

Descrição das Atividades:

- O acesso às informações de clientes (incluindo resultados) é liberado pelo Service Desk, de acordo com os perfis a seguir: Informativo por setor e Faturamento, ambulatório, atendimento, financeiro.
- Para que os acessos descritos sejam liberados, é requerido registro de chamado no Service Desk, o qual deverá ser solicitado diretamente a área Administrativa.
- Para os demais profissionais o registro deve ser realizado pelo gerente da área na qual o profissional irá atuar. O Serviço de Tecnologia da Informação – TI deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas.

Abrir Chamados:

Os sistemas de informações hospitalares visam gerenciar todos os processos envolvidos no ambiente hospitalar, automatizando os atendimentos, o gerenciamento e o controle das ações assistenciais e administrativas do hospital.

Outro ponto de grande importância é a segurança das informações, onde em um ambiente informatizado ocorre uma grande disseminação das informações, agregando um maior risco ao seu gerenciamento. Devem ser estabelecidas políticas de segurança, relacionando os riscos e realizando um plano de contingência aos mesmos.

Os ERPs devem atender a todas as necessidades quanto ao paciente, atender as necessidades em todos os níveis organizacionais, que vão desde a entrada do paciente, toda a parte assistencial, prontuário eletrônico, até o administrativo, devendo as soluções ser plenamente integradas, com todas as informações unificadas, cujo maior benefício será a integridade e a uniformidade dos dados e da informação, se traduzindo em segurança e qualidade na Tecnologia da Informação. Devendo esse sistema ser estável, com máxima integração de processos, pessoas e informações, comprometendo todas as informações geradas nos ambientes hospitalares.

Ao entrar com usuário e senha, o sistema exibirá a tela abaixo, denominada tela inicial. Todos os servidores do campus, estarão no perfil Padrão, mesmo que o servidor tenha acesso de Administrador ou Técnico no Sistema. Tendo em vista que esse tutorial explica as possibilidades em que usuário padrão pode fazer no sistema.

Para criar um chamado, o servidor deve estar atento para qual setor deseja abrir, por padrão está configurado para todos os servidores o setor CTI – Coordenadoria de Tecnologia da Informação, para selecionar o setor que deseja abrir o chamado, caso não for a CTI, siga os passos abaixo:

Manual De Acesso:

- GLPI – Gestão Livre de Parque de Informática (Traduzido no site do projeto) "Solução livre para gestão de parque de informática e helpdesk (suporte ao usuário), o GLPI é uma aplicação Web Open- Source (código aberto) para gerenciar todos os seus problemas relacionados à gestão, tais como inventário de hardware, software ou componentes de um computador, bem como a gestão de assistência aos usuários".
- Ferramenta Open Source de helpdesk para gerenciamento e registro de chamados que auxiliam nas tarefas de controle e resultam em respostas aos chamados de forma rápida, eficiente e interativa, pois tanto a equipe de Coordenadoria de Tecnologia da Informação quanto o usuário estarão acompanhando o andamento do processo, podendo assim, melhorar a qualidade do atendimento.

Por que abrir um chamado:

- Porque todas as informações devem e serão registradas para documentação do incidente/requisição. Esses registros são acompanhados e distribuídos pelo Coordenador de Tecnologia da Informação ao Técnico disponível para o atendimento.
- Ao clicar para alterar o setor, irá abrir a seguinte janela abaixo, basta clicar no nome do setor que deseja para abrir o chamado.
- Porque ao registrar o incidente/requisição, o usuário terá o conhecimento de todo o processo feito para chegar ao resultado final podendo cobrar respostas sobre o chamado.
- Porque com as estatísticas dos chamados será possível detectar pontos críticos, apontar deficiências estruturais e técnicas e propor melhorias tanto no processo quanto na

infraestrutura.

- Porque só é possível melhorar quando se conhece as deficiências, os problemas e as falhas.
- Ao clicar para alterar o setor, irá abrir a seguinte janela abaixo, basta clicar no nome do setor que deseja para abrir o chamado.

Status do chamado:

- Novo: Todo chamado registrado sem atribuição de técnico.
- Processado (Atribuído): Chamado atribuído ao técnico responsável.
- Processado (Planejado): O chamado foi atribuído, porém será atendido conforme o planejamento técnico.
- Pendente: Status que sinaliza a dependência de terceiros, equipamentos ou algo que não esteja relacionado com o usuário, técnico ou setor.
- Solucionado: Chamado solucionado, aguardando aprovação do usuário.
- Fechado: Chamado solucionado e aprovado pelo usuário.
- Excluído: Quando o servidor abriu chamado e de alguma forma solucionou e não precisou do técnico, sendo assim o próprio servidor excluí o chamado antes mesmo de ser atribuído.

Tipos de chamado:

- Requisição: É qualquer solicitação, contato, pedido de informação ou dúvida para acessar um serviço de TI.
- Incidente: É uma interrupção/falha inesperada ou redução na qualidade de um serviço de TI
- Após digitar todas as informações, clique no botão 'Enviar Mensagem', se tudo for feito corretamente exibirá a mensagem.

Adicionar um Acompanhamento:

- Acompanhamentos servem como troca de informações entre o requerente e o técnico encarregado pelo chamado.
- Para ver os acompanhamentos de um chamado, clique em algum da lista.

- No menu lateral esquerdo, clique em 'Processamento chamado'. No exemplo a seguir, o técnico responsável pelo chamado enviou um acompanhamento.

O gerenciamento de TI de todo o hospital acaba por gerar níveis de organização e clareza elevados e, consequentemente, um impacto financeiro positivo nas contas do hospital. Permitindo assim, que sua instituição possa crescer e garantir atendimento digno e com excelência para todos os seus pacientes.

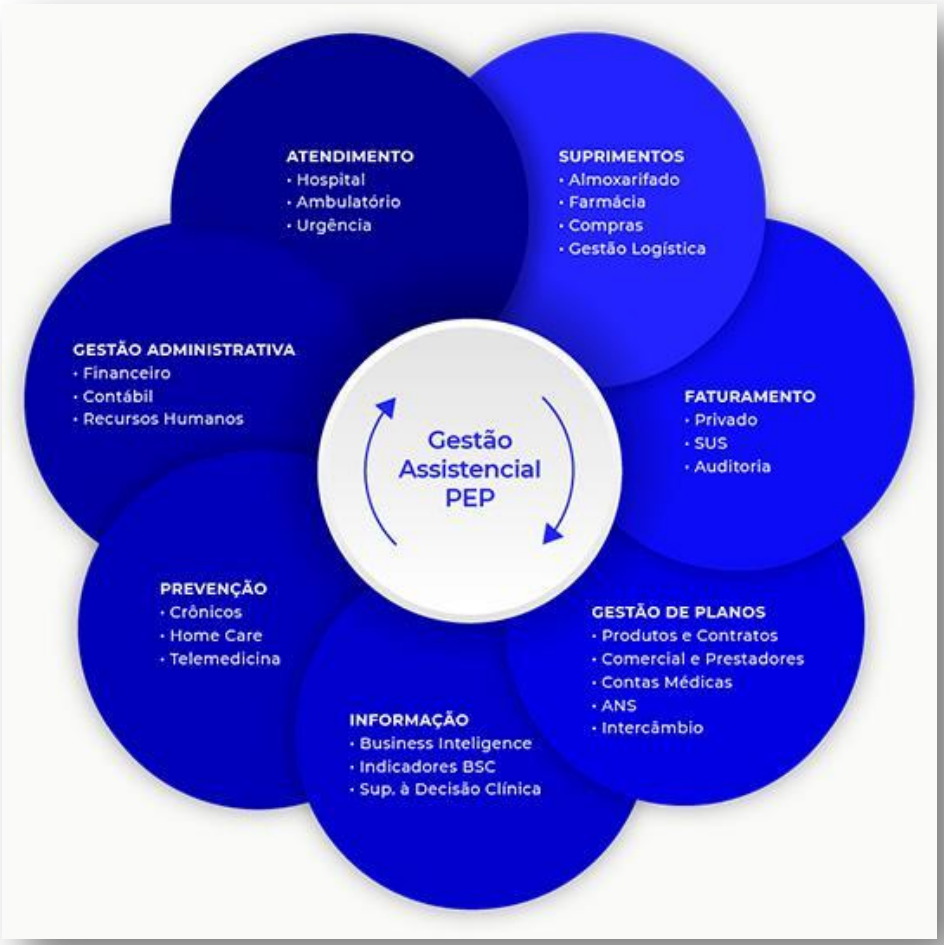
7 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

A implementação de processos é a fase que está relacionada com o planejamento realizado no início do controle de processos. Isto é, após revisar e melhorar os fluxos de trabalho, é hora de colocá-los em prática.

Com a implantação de gestão baseada na melhoria de processos o **INSV** objetiva:

- Aumento da eficiência operacional com interligação total entre setores
- Aperfeiçoamento dos modelos de gestão e governança
- Implantação das melhores práticas em processos e sistemas, reduzindo perdas e glosas
- Relatórios personalizados com tecnologia de Business Inteligente (clínico e administrativo)
- Controle total da cadeia de Suprimentos e Farmácia
- Efetividade da Gestão Clínica
- Protocolos clínicos/medicina baseada em evidências
- Fidelização: atenção total ao paciente
- Precisão na gestão de contratos
- Redução de custos com a utilização da Assinatura e Receita Digital
- Possibilidade de redução de custos com utilização de protocolos personalizados pela instituição
- Automação inteligente para previsibilidade de custos e receitas

Figura 6.5.4-1 - POP do Serviço/Setor: Enfermagem



Como bem sabemos, gerir um hospital é uma tarefa árdua e que muitas vezes necessita de agilidade e precisão nas tomadas de decisões. Cada minuto negligenciado pode custar vidas dentro da sua instituição e por isso, possuir um bom sistema de gestão hospitalar é mais do que necessário um sistema de gestão eficiente deve ser capaz de integrar todos os setores da sua instituição e auxiliar gestores e colaboradores em processos simples como: prontuário eletrônico, indicadores hospitalares, faturamento hospitalar, gestão de estoque e muitos outros.

A partir dessa integração, todos os processos realizados pelo paciente, desde o primeiro atendimento, passando pelo controle do estoque de medicação, exames, prontuários eletrônicos e até mesmo o faturamento são articulados em um só sistema de gestão.

Com o passar do tempo, o sistema de gestão hospitalar passa a entregar mais agilidade e maior controle de informações nos processos operacionais trazendo melhorias nos serviços prestados pela instituição de saúde.

7.1 Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais

Protocolos Assistenciais (PA) são considerados formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de objetivos terapêuticos e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas. A adoção de protocolos também proporciona uma situação adequada para coletar dados no manejo de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações e diminui a sobrecarga na documentação médica e de enfermagem.

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado especificas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais.

Um protocolo contém vários procedimentos. Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado.

O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional. Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que irão trazer um grande diferencial ao processo de trabalho.

Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases solidas ético, legais e científicas. A saúde baseada em evidências deve ser o norte dos protocolos. Os protocolos

eliminam as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual.

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida. O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois: agilizam e uniformizam o atendimento; facilitam condutas descentralizadas; diminuem a margem de erro; importantes nos processos de Gestão do atendimento à clientela; muito valorizados atualmente por possibilitar qualidade e eficácia nos serviços; facilitam o gerenciamento de pendências judiciais (Min. da Saúde e medicamentos de alto custo etc.); melhora a qualidade de serviços prestados aos clientes; padroniza as condutas; melhora o planejamento e controle da Instituição, dos seus procedimentos e dos resultados; garante maior segurança; otimiza a utilização dos recursos operacionais; reduz custos; rastreia todas as atividades operacionais e clínicas; realiza um controle mais apurado sobre os estoques; pode gerar um prontuário eletrônico; otimiza a produtividade dos trabalhadores; garante uma assistência livre de riscos e danos aos paciente.

Tabela 6.5.4-1 - POP Categoria Profissional Assistencial: (ENF + nº de ordem)

LOGO DA UNIDADE	**Procedimento Operacional Padrão**	**Categoria Profissional: Assistencial** **POP: (ENF + nº de ordem)**
		Elaborado: / **Revisado: /**
SETOR: Informar o nome do setor que está sendo implantado o POP		
PROCEDIMENTO: Nome do procedimento a ser executado		
LOCAL DE EXECUÇÃO: Clínica onde o paciente se encontra		
EXECUTANTE: Nomes dos profissionais que executaram o procedimento		
RESULTADOS ESPERADOS: Informar claramente a situação e as categorias de pacientes para os quais o protocolo foi organizado, assim como o grupo de profissionais que o implementará. Citar o motivo a qual o procedimento será executado. Qual a finalidade da execução.		

MATERIAL NECESSÁRIO: Descrição de todos os materiais / insumos que são necessários.		
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA - PASSO A PASSO: Representação esquemática do manejo do paciente. Citar passo a passo.		
CUIDADOS ESPECIAIS: Citar necessidades especiais a serem observadas.		
AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE: Previsão de treinamento e validação com datas específicas.		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

A estrutura e montagem dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do **HERSO** serão feitos/revisados após qualificação da equipe técnica nos moldes elaborados pelo setor de ensino da unidade e da qualidade sob as seguintes estruturas de cada capítulo compreendendo seis módulos:

1. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas;
2. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;
3. Fluxograma de Tratamento;
4. Fluxograma de Dispensação;
5. Ficha Farmacoterapêutica; e
6. Guia de Orientação ao Paciente.

Os módulos encontram-se inter-relacionados e abordam aspectos médicos, farmacêuticos e de gestão. Cada um deles segue uma padronização de formato que é explicada a seguir:

MÓDULO 1 – DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS

As linhas gerais de diagnóstico, tratamento, monitorização clínica e laboratorial da doença são tratadas nesta seção. As diferentes intervenções terapêuticas são abordadas sob a perspectiva de criação de uma linha de cuidado envolvendo os vários níveis de atenção. Quando não faz parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF),

adstrito, portanto, o medicamento recomendado não consta no módulo Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

Os textos dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), juntamente com o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, foram publicados no Diário Oficial da União. As normas para elaboração das diretrizes terapêuticas também foram estabelecidas por meio de portaria específica. Alguma variação entre eles decorre das particularidades de cada doença.

Os PCDT foram organizados na sequência apresentada abaixo:

I. Metodologia de busca e avaliação da literatura:

Descreve detalhadamente a estratégia de busca utilizada na revisão de literatura, citando as bases de dados consultadas, palavras-chave, período no tempo e limites de busca (se utilizados), tipos e número de estudos identificados, critérios de inclusão dos estudos. Serão priorizadas as revisões sistemáticas (com ou sem meta-análise), os ensaios clínicos randomizados e, na ausência destes, a melhor evidência disponível, sempre acompanhada de uma análise da qualidade metodológica e sua implícita relação como estabelecimento de relação de causalidade.

II. Introdução:

Corresponde à conceituação da situação clínica a ser tratada, com a revisão de sua definição e epidemiologia, potenciais complicações e morbimortalidade associada. Sempre que disponíveis, dados da epidemiologia da doença no Brasil são fornecidos.

III. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10):

Utiliza a classificação da doença ou condição segundo a CID-10.

IV. *Diagnóstico*:

Apresenta os critérios de diagnóstico da doença, subdivididos em diagnóstico clínico, laboratorial ou por imagem, quando necessário.

V. Critérios de inclusão:

Correspondem aos critérios a serem preenchidos pelos pacientes para serem incluídos no protocolo de tratamento com os medicamentos do CEAF. Estes critérios podem ser clínicos ou incluir exames laboratoriais e de imagem.

VI. Critérios de exclusão:

Correspondem aos critérios que impedem a inclusão do paciente no PCDT podendo, em geral, configurar contraindicações absolutas relacionadas aos medicamentos ou situações clínicas peculiares em que não haja evidência de eficácia ou exista evidência de risco ao paciente.

VII. Casos especiais:

Compreendem situações a respeito da doença ou do tratamento em que a relação risco/benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor, nas quais um Comitê de Especialistas, designado pelo gestor estadual, poderá ou não ser consultado para a decisão final de tratar (exemplos: idosos, crianças, gestantes e existência de contraindicações relativas) ou em situações clínicas não contempladas nos critérios de inclusão, mas que necessitam de tratamento.

VIII. Comitê de especialistas;

Constitui-se de um grupo técnico-científico capacitado que é proposto em determinados PCDT em que se julga necessária a avaliação dos pacientes por motivos de subjetividade do diagnóstico, complexidade do tratamento, risco alto com necessidade de monitoramento ou em casos especiais.

IX. Centro de referência:

Tem como objetivo prestar assistência em saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a efetividade do tratamento e o uso responsável e racional dos medicamentos preconizados nos PCDT. O Centro de Referência (CR) pode proceder à

avaliação, ao acompanhamento e, quando for o caso, à administração dos medicamentos. Sua criação é preconizada em alguns protocolos, com particularidades que deverão respeitar e adaptar-se a cada doença/condição ou cuidado especial requerido, como custo muito elevado, possibilidade de compartilhamento, necessidade de armazenamento, estabilidade, etc. A constituição do CR é uma recomendação, mas não uma obrigatoriedade.

X. Tratamento:

Discute-se o embasamento científico das opções de tratamento para todas as fases evolutivas da doença. Sempre que indicados, os tratamentos não farmacológicos (mudanças de hábitos, dieta, exercícios físicos, psicoterapia e, fototerapia, entre outros) e cirúrgicos são também avaliados. O tratamento apresenta-se dividido em subitens.

A) Fármacos:

Indicam os nomes das substâncias ativas de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB) e as apresentações disponíveis do(s) medicamento(s) no SUS.

B) Esquemas de administração:

Apresenta as doses terapêuticas recomendadas (incluindo mínima e máxima, quando houver), as vias de administração e os cuidados especiais, quando pertinentes. Indica os medicamentos a serem utilizados nas diferentes fases evolutivas, caso o esquema terapêutico seja distinto ou haja escalonamento de doses.

C) Tempo de tratamento – critérios de interrupção:

Define o tempo de tratamento e os critérios para sua interrupção. Tão importante quanto os critérios de início são os critérios de finalização de tratamento. Ênfase é dada no esclarecimento destes critérios com vista à proteção dos pacientes.

D) Benefícios esperados:

Relata de forma objetiva os desfechos que podem ser esperados com o tratamento, isto é, desfechos com comprovação científica na literatura médica.

XI. Monitorização:

Descreve quando e como monitorizar a resposta terapêutica ou a toxicidade do medicamento. Estão também contemplados efeitos adversos significativos que possam orientar uma mudança de opção terapêutica ou de dose.

XII. Acompanhamento pós-tratamento:

Define as condutas após o término do tratamento. Nos tratamentos crônicos, sem tempo definido, indica também quando e como os pacientes devem ser reavaliados.

XIII. Regulação/Controle/Avaliação pelo gestor:

Esclarece ao gestor do SUS quais os passos administrativos que devem ser seguidos especificamente para a doença ou condição do PCDT, se houver alguma particularidade.

XIV. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER:

Refere-se à necessidade de preenchimento do TER, cuja obrigatoriedade é exclusiva para os medicamentos pertencentes ao CAF.

XV. Referências Bibliográficas:

São numeradas e listadas segundo a ordem de aparecimento no texto, sendo identificadas por algarismos arábicos.

MÓDULO 2 – TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

O Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) tem por objetivo o comprometimento do paciente (ou de seu responsável) e do médico com o tratamento estabelecido. Deve ser assinado por ambos após leitura pelo paciente ou seu responsável e esclarecimento de todas as dúvidas pelo médico assistente.

Com o objetivo de facilitar o entendimento por parte do paciente ou de seus cuidadores, o texto é escrito em linguagem de fácil compreensão. Em algumas situações, porém, são mantidos os termos técnicos devido à falta de um sinônimo de fácil entendimento pelo paciente.

Nessas situações, o médico assistente é o responsável pelos esclarecimentos. São citados como possíveis efeitos adversos os mais frequentemente descritos pelo fabricante do medicamento ou pela literatura científica. Efeitos raros são referidos apenas quando apresentam grande relevância clínica.

O TER pode dizer respeito a um único medicamento ou a um conjunto deles, a serem ou não empregados simultaneamente para a doença em questão. No TER que se refere a mais de um medicamento, ficam assinalados, de forma clara para o paciente, os que compõem seu tratamento. Em alguns casos, os Protocolos incluem medicamentos que não fazem parte do CEAF, apresentando dispensação por meio de outros Componentes da Assistência Farmacêutica ou blocos de financiamento. Tais medicamentos não são incluídos no TER, não sendo seu preenchimento, nesses casos, obrigatório. A concordância e a assinatura do TER constituem condição inarredável para a dispensação do medicamento do CAF.

MÓDULOS 3 E 4 - FLUXOGRAMAS Cada PCDT

Apresenta dois fluxogramas: o de tratamento, que pode estar dividido em mais de um (quando necessário), e o de dispensação, apresentados em dois fluxogramas, sempre que houver dispensação de medicamentos de diferentes Componentes da Assistência Farmacêutica.

Os fluxogramas de tratamento representam graficamente as Diretrizes Terapêuticas, apontando os principais passos desde o diagnóstico até o detalhamento das respostas aos diferentes tratamentos ou doses. Os fluxogramas de dispensação apresentam as etapas a serem seguidas pelos farmacêuticos ou outros profissionais envolvidos nas etapas especificadas, desde o momento em que o paciente solicita o medicamento até sua efetiva dispensação. São construídos de forma a tornar rápido e claro o entendimento da diretriz diagnóstica e terapêutica e colocados lado a lado no livro de maneira a tornar claras ao médico e ao farmacêutico as fases interligadas do seu trabalho, que sempre são complementares.

Os fluxogramas adotam a seguinte padronização: Alguns aspectos referentes à estrutura, previamente estabelecidos, podem facilitar a compreensão dos fluxogramas de dispensação e são a seguir discutidos:

- Possui LME corretamente preenchido e demais documentos exigidos? No momento da solicitação do medicamento, deverá ser averiguado se estão preenchidos adequadamente os campos do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de

Medicamentos do CEAF (LME) além dos demais documentos exigidos de acordo com a legislação vigente.

- CID-10, exame(s) e dose(s) estão de acordo com o preconizado pelo PCDT? O profissional deve averiguar se a CID-10, a(s) dose(s) prescrita(s), o(s) exame(s) necessário(s) para avaliação da solicitação do medicamento está(ão) em conformidade com o estabelecido no PCDT.
- Realização de entrevista farmacoterapêutica inicial com o farmacêutico sugere-se que ocorra no momento da solicitação do(s) medicamento(s) pelo paciente ao gestor do SUS. Esta atividade envolve as definições da Atenção Farmacêutica e, quando realizada, deve ser desenvolvida pelo profissional farmacêutico. Para isso deve-se utilizar a Ficha Farmacoterapêutica, podendo os dados coletados ser utilizados para atividades de orientação ao paciente. A entrevista poderá ser feita após o deferimento e a autorização da dispensação, variando de acordo com a logística de cada estabelecimento de saúde. A realização da entrevista farmacoterapêutica e as etapas seguintes do fluxograma, que envolvem o processo da Atenção Farmacêutica, constituem uma recomendação, mas não uma obrigatoriedade.
- Processo deferido? Feita a entrevista farmacoterapêutico, recomenda-se a avaliação técnica dos documentos exigidos para a solicitação dos medicamentos. Após esta avaliação, a dispensação deve ocorrer com as devidas orientações farmacêuticas ao paciente sobre o seu tratamento. Caso a solicitação seja indeferida ou não autorizada, o motivo deve ser explicado ao paciente, de preferência por escrito.
- Orientar ao paciente A entrevista farmacoterapêutica pode fornecer dados para o farmacêutico elaborar uma estratégia de orientação ao paciente. O farmacêutico deve informá-lo (oralmente e por escrito) sobre o armazenamento e uso correto do(s) medicamento(s) dispensado(s) e entregar-lhe o respectivo Guia de Orientação ao Paciente.
- Realização de entrevista farmacoterapêutica de monitorização sugere-se uma entrevista a cada dispensação, sendo que a Ficha Farmacoterapêutica serve de registro das informações de seguimento do paciente. A cada dispensação, ou quando especificado no PCDT, o farmacêutico deve solicitar, avaliar e registrar os exames laboratoriais, bem como registrar os eventos adversos ocorridos, utilizando a Tabela de registro de eventos adversos.

Nessa tabela deve ser registrado o evento adverso relatado e sua intensidade, bem como a conduta praticada. Em caso de alteração dos exames laboratoriais incompatível com o

curso da doença ou eventos adversos significativos que necessitem de avaliação médica, o paciente deve ser encaminhado ao médico assistente. Se os eventos forem avaliados como potencialmente graves, o farmacêutico poderá suspender a dispensação até a avaliação pelo médico assistente.

Na ocorrência de alterações laboratoriais incompatíveis com o curso do tratamento ou de eventos adversos significativos, a próxima dispensação poderá ser efetuada somente se os parâmetros estiverem condizentes com os definidos no PCDT ou mediante parecer favorável (por escrito) do médico assistente à continuidade do tratamento. O farmacêutico pode manifestar-se através de Carta ao médico assistente, entregue ao paciente, ou através de comunicação direta ao médico assistente.

As condutas seguidas e as demais informações pertinentes devem ser descritas na Ficha de registro de evolução farmacêutica.

A Tabela de registro da dispensação deve ser preenchida com informações sobre data da dispensação, medicamento (registrando-se o nome comercial para controle do produto efetivamente dispensado), lote, dose, quantidade dispensada e farmacêutico responsável pela dispensação. Nesta tabela também pode ser indicada a eventual necessidade de que a próxima dispensação seja feita mediante parecer médico. A Tabela foi elaborada para registro de um único medicamento, devendo ser usadas tantas tabelas quantas forem necessárias para usuários de mais de um medicamento.

- Os exames laboratoriais mostraram alterações incompatíveis com o curso do tratamento ou o paciente apresentou sintomas que indiquem eventos adversos significativos? Esta pergunta é direcionada à investigação de alterações laboratoriais que não estejam de acordo com o esperado para o medicamento ou com o curso da doença, bem como à verificação de ocorrência de eventos adversos. Orientação sumária, na forma de perguntas e respostas sobre alterações laboratoriais ou eventos adversos mais relevantes e que necessitem de avaliação médica, encontra-se na Ficha Farmacoterapêutica.
- Realização de exames necessários para a monitorização Este item fornece informações a respeito dos exames ou documentos que devem ser monitorizados ou avaliados, não sendo obrigatório para todos os Protocolos.

MÓDULO 5 - FICHA FARMACOTERAPÊUTICA

Para cada protocolo é apresentada uma Ficha Farmacoterapêutica, caracterizada por um roteiro de perguntas com o intuito de servir como instrumento para o controle efetivo do tratamento estabelecido, promovendo o acompanhamento dos pacientes relativo a eventos adversos, exames laboratoriais, interações medicamentosas e contraindicações, entre outros. O farmacêutico pode ainda incorporar outras perguntas pertinentes.

Além disso, a Ficha Farmacoterapêutica tem como propósito servir de instrumento de acompanhamento dos desfechos de saúde da população. As tabelas não foram concebidas para representar a real necessidade da prática, com relação ao tamanho, devendo o farmacêutico adaptá-las para o registro mais adequado das informações.

Como regra, a Ficha Farmacoterapêutica é concebida para um ano de acompanhamento e consta de três itens:

I. Dados do paciente:

Apresenta dados de identificação do paciente, do cuidador (se necessário) e do médico assistente.

II. Avaliação farmacoterapêutica:

São apresentadas perguntas de cunho geral (outras doenças diagnosticadas, uso de outros medicamentos, história de reações alérgicas e consumo de bebidas alcoólicas, entre outros) e específico para cada medicamento. Quando pertinentes, são listadas as principais interações medicamentosas e as doenças nas quais o risco/benefício para uso do medicamento deve ser avaliado. A Tabela de Uso de Medicamentos, mencionada neste item, serve para registro de uso de medicamentos antes e durante a vigência das dispensações/acompanhamento farmacoterapêutico.

III. Monitorização do Tratamento:

Apresenta perguntas que orientam o farmacêutico a avaliar o paciente quanto aos exames laboratoriais e à ocorrência de eventos adversos. Em caso de suspeita de um evento significativo ou alteração laboratorial incompatível com o curso da doença, o farmacêutico deve encaminhar o paciente ao médico assistente acompanhado de carta; em casos peculiares, deve realizar contato telefônico. Na tabela de registro dos exames laboratoriais, o campo "Data

prevista" deve ser preenchido para estimar a data de realização do exame, que não necessita ser obrigatoriamente seguida.

MÓDULO 6 - GUIA DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

O Guia de Orientação ao Paciente é um material informativo que contém as principais orientações sobre a doença e o medicamento a ser dispensado. O farmacêutico deve dispor deste material, o qual, além de servir como roteiro para orientação oral, será entregue ao paciente, buscando complementar seu processo educativo. A linguagem utilizada pretende ser de fácil compreensão por parte do paciente. Na medida do possível, não foram empregados jargões médicos nem termos rebuscados. Como regra, o elenco de medicamentos do PCDT encontra-se em um único Guia de Orientação ao Paciente, no qual os medicamentos utilizados devem ser assinalados, quando pertinente.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu,_____(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de: _____indicados para o tratamento da artrite reumatoide. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico_____ (nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis. Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios:

- • Prevenção das complicações da doença;
- • Controle da atividade da doença;
- • Melhora da capacidade de realizar atividades funcionais;
- • Melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

Santa Helena de Goiás, // 2023

Assinatura do paciente e ou responsável legal

7.2 Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão de Custos

Estes manuais traz todas as obrigações e responsabilidades dos funcionários das áreas administrativas e financeiras e no setor de custos, bem como prazos e parâmetros que servirão de regra na execução das atividades.

DO MANUAL DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

Objetivo:

Definir as rotinas de trabalho do Departamento Financeiro bem como os processos inerentes à contas a pagar, conciliação bancária, fechamento para fins contábeis e fechamento aos órgãos fiscalizadores.

Definições:

- Contas a pagar são os pagamentos de títulos (duplicatas, boletos bancários e outros títulos de crédito ou de recebimento a vista), corresponde a compra de serviços profissionais, produtos, mão de obra, salários, bem como toda a estrutura operacional da organização. A conciliação bancaria consiste na comparação do saldo de uma conta bancária de movimento com uma informação externa à contabilidade (extrato bancário), de maneira que se possa ter certeza quanto à exatidão do saldo em análise, em determinada data.
- Fechamento para fins contábeis e órgãos fiscalizadores são o envio de todos os documentos que tiveram ou terão algum impacto financeiro e patrimonial da

organização, sejam eles comprovantes de gastos e receitas, contratos futuros, processos judiciais, notas fiscais, extratos bancários, movimento fiscal.

Descrição Detalhada das Atividades:

Contas a Pagar:

- Recebimento de Faturas, Notas Fiscais e reembolso para pagamento
- O responsável pelos departamentos envolvidos deve enviar os documentos semanalmente para o Departamento Financeiro devidamente protocolado, na segunda-feira e quinta-feira respeitando os prazos estabelecidos. As notas fiscais devem ser entregues com data de emissão dentro da mesma competência.
- Após o recebimento das notas fiscais e reembolsos, o colaborador responsável pelo recebimento deve analisar os dados da nota fiscal, conferindo CNPJ, razão social, data do pagamento, valor, solicitação de compra da área requerente, pedido de compra emitido ao fornecedor vencedor do processo de compra, necessário organizar os documentos com boletos grampeados ou enviar a folha de rosto com os dados bancários.
- O colaborador responsável pelo Departamento Financeiro deve retirar as certidões necessárias para o processo de pagamento, para os fornecedores de produtos deve retirar as seguintes certidões (Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União; Consulta de Regularidade do FGTS – CRF; Certidão de Débitos – SEFAZ; Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT; Certidão de processos em andamento – 18° Região) e para os Prestadores de Serviços deve retirar as seguintes certidões (Certidã de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União; Consulta de Regularidade do FGTS – CRF; Certidão de Débitos – SEFAZ; Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT; Certidão de processos em andamento – 18° Região; Certidão Negativa de Débitos do Município – ISSQN,TAXAS

Figura 6.5.4-1- Links para emissão das certidões

Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União - http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATSPO/Certidao/CNDConjuntaInter/InformaNICertidao.asp?tipo=1
Consulta Regularidade do FGTS – CRF https://www.sifge.caixa.gov.br/Cidadao/Crf/FgeCfSCriterioSPesquisa.asp Certidão de Débitos – SEFAZ - http://www.sefaz.go.gov.br/Certidao/Emissao/
Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - http://www.tst.jus.br/certidao
Certidão de processos em andamento – 18° Região http://sistemas.trt18.jus.br/consultasPortal/pages/Processuais/Certidao.seam
Certidão Negativa de Débitos – GOIANIA (ISSQN/TAXAS E MULTAS) - https://www.goiania.go.gov.br/asp/certidao/cer03f.asp Certidão Negativa de Débitos – APARECIDA DE GOIANIA (ISSQN/TAXAS E MULTAS) - http://servico.aparecida.go.gov.br:8081/servicosonline/servicosonline.html?tela=1#

- Todas as notas fiscais, faturas e reembolsos devem ser encaminhadas devidamente carimbadas pelo gestor da unidade, se necessário, contendo centro de custo e natureza de despesa, e assinadas pelo responsável da área.
- Os pagamentos de última hora, fora dos padrões do INSV serão devolvidos, e o responsável arcará com as multas ou juros;
- Todas as pendências relacionadas a pagamentos de fornecedores, necessário registrar o assunto via e-mail e as soluções serão repassadas até no máximo no próximo dia.
- Incluir lançamentos nas contas a pagar
- Após a conferencia dos documentos fazer os lançamentos no sistema
- O responsável pela entrada do documento no sistema deverá cumprir o prazo mínimo entre a data da entrada do documento, e a data do vencimento, caso o prazo mínimo não puder ser respeitado, devolver o documento ao departamento responsável, solicitando uma nova data do vencimento.
- Se necessário cadastrar no sistema os fornecedores novos com todos os dados pertinentes, como nome completo, endereço, telefone, CNPJ, nº de conta corrente para pagamento e eventual consulta, no modulo Administração, Fornecedores, incluir.
- O colaborador responsável pelo lançamento deve conferir os lançamentos e anexar a nota fiscal original juntamente com o boleto ou dados para depósito e despachar com a Diretoria

- Após aprovação da Direção, o colaborador responsável pelo Departamento Financeiro deve gerar o relatório de Contas a Pagar e conferir com a nota fiscal física, após a conferencia enviar semanalmente os documentos físicos para o Financeiro Corporativo para programação do pagamento.
- Lançar as baixas de títulos pagos no sistema.
- Após a unidade receber os comprovantes de pagamentos efetivados devem efetuar a realização da baixa no sistema, através do modulo Administração, contas a pagar, incluir baixa. O responsável deve se atentar se os títulos têm juros ou desconto para informar no sistema, em caso de pagamento de fornecedores em atraso, lançam-se os juros de mora juntamente com a liquidação do título em questão.
- Posterior a realização da baixa, deve retirar um relatório de títulos pagos do dia especifico e organizar os títulos pagos em pasta perfurada na mesma ordem do relatório de títulos pagos e separar para arquivamento.

Nota: O relatório e os títulos pagos devem conter as mesmas informações, caso houver divergências tipo: Títulos pagos que não estão relacionados no relatório ou Títulos pagos que estão relacionados no relatório mais não contem o documento com o comprovante de pagamento, deve imediatamente conferir todas as informações, não estando autorizado a arquivar sem a devida correção

Conciliação:

- Após efetuado a baixa o colaborador responsável pelo Departamento Financeiro deve fazer a conciliação no sistema, através do modulo Administração, Bancário, Controle Bancário
- A conferência da conciliação deve ser feita comparando e conciliando os lançamentos do extrato do dia anterior, (Créditos e Débitos) com as baixas do Contas a Receber e Contas a Pagar. Toda a movimentação que ocorrer no extrato deve ser feito o seu lançamento no sistema na devida empresa, data e banco, não podendo haver movimentações sem baixas, ou baixas sem movimentações no extrato;
- A cada conta conciliada é necessário retirar o extrato bancário no sistema no modulo Administração, Relatórios, Movimento Bancário.

Fechamento para fins contábil:

O responsável pelo Departamento Financeiro deve enviar por e-mail semanalmente a Sexta Feira para a Contabilidade e para o Departamento de Custos as copias de Notas Fiscais da semana, junto com a planilha descriminada dos serviços.

Fechamento Órgãos Fiscalizadores:

O responsável pelo Departamento Financeiro deve enviar mensalmente até o dia 10 de cada mês a AGR - Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos) para o e-mail com cópia para a Diretoria as copias de todas as Notas Fiscais junto com os comprovantes de pagamento do mês.

Descrição de Materiais:

- Materiais de escritório;
- Computador;
- Impressora;
- Internet Bank;
- E-mail;
- Planilhas.

EPI:

Não se aplica.

Responsabilidade:

Figura 6.5.4-2 - Responsabilidades

Atividade	Responsabilidade		Autoridade
Contas a Pagar	Colaborador Financeiro	Departamento	Gerente Financeiro
Conciliação Bancaria	Colaborador Financeiro	Departamento	Gerente Financeiro
Fechamento para fins contábil	Colaborador Financeiro	Departamento	Gerente Financeiro
Fechamento órgãos fiscalizadores	Colaborador Financeiro	Departamento	Gerente Financeiro

Quando Executar:

A atividade deve ser executada diariamente, respeitando os prazos para as execuções das tarefas.

Ações de Não Conformidade:

- Ao identificar uma não conformidade deve-se fazer uma ação para eliminar essa não conformidade, podendo ou não ser realizada em conjunto com uma ação corretiva. A correção pode ser uma reclassificação, um trabalho ou um reparo.
- Considerações gerais
- A função da estrutura estabelecida para o fluxo das atividades a serem exercidas pela área de contas a pagar, além de realizar as ações de pagamento, envolve a produção de relatórios, desenvolvimento operacional para sugestão de melhorias e mudanças, a gestão do pessoal da área, o controle documental com o arquivamento de todos os documentos movimentados nas ações destinadas à área de informações, o desenvolvimento de rotinas e processos e o atendimento à Diretoria Administrativa Financeira.

Referencias Normativas/Bibliográficas:

- Não se aplica.

Anexo:

- Não se aplica.

7.2.1 Das Rotinas Administrativas e Financeira

Todas as rotinas de Administração Financeira estão subordinadas à Diretoria Administrativa Financeira, e destina-se à gerenciar e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de: Faturamento e Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas Institucionais para a realização dos trabalhos.

A Administração Financeira está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

Da Gerência Contábil e Financeira

A Gerência Contábil e Financeira está subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira, responsável pela gestão dos Serviços de Contas a Pagar e Receber, Tesouraria e Contabilidade, observando normas e diretrizes para a realização dos trabalhos.

À Gerência Contábil e Financeira compete:

- Planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de finanças, de forma a estabelecer política de investimentos, através do controle do fluxo monetário da Unidade Hospitalar;
- Gerenciar, acompanhar e responder pelas atividades de pagamentos e recebimentos da Instituição;
- Gerenciar e garantir a preparação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com o plano de contas estabelecido e em consonância com a legislação contábil, fiscal, tributária e financeira em vigor;
- Gerenciar e acompanhar os processos de cobrança para faturamento, garantindo a representatividade das tabelas unitárias dos serviços;
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contabilidade é exercido, exclusivamente, por profissional graduado em Contabilidade, devidamente habilitado para o exercício da função.

Do Serviço de Contas A e/ou Receber

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pelas atividades de contas a pagar /e ou receber e pelos respectivos controles e registros legais.

Ao Serviço de Contas a Pagar / e ou receber compete:

- Planejar, e controlar as atividades de contas a pagar e a receber de forma a estabelecer fluxo de caixa;
- Verificar, processar e controlar os pagamentos e recebimentos dentro da codificação estabelecida pelo plano de contas e custos;
- Realizar lançamentos no fluxo de caixa, bem como visar ordens de fornecimento e/ou pagamento;
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contas a Pagar / e ou receber é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

Do Serviço de Tesouraria:

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pela aplicação dos recursos financeiros consignados na programação e orçamento.

Ao Serviço de Tesouraria compete:

- Responder pela efetivação de todos os processos de recebimento e pagamento da Unidade Hospitalar;
- Gerar relatórios diários gerenciais do fluxo de caixa e sobre a posição bancária de movimento corrente e aplicações financeiras;
- Receber numerário e controlar a operação do caixa de Fundo Fixo Rotativo, utilizado para pagamento de pequenas quantias;
- Formalizar os documentos comprobatórios das contas a pagas e recebidas pela Instituição;
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Tesouraria é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

Rotinas básicas do Serviço de Contabilidade- Escrituração Fiscal - Ação / Descrição

- Receber as notas fiscais de produto entrada, emitir notas fiscais de produto saída, provenientes dos setores da unidade hospitalar quando necessário;
- Importar, validar, conciliar e gerar o arquivo para o Sistema SPED Fiscal, efetuando a apuração do ICMS, repassar o arquivo para envio à RFB, ao Gerente Contábil e Financeiro.
- Apurar PIS/COFINS sobre o faturamento e ICMS, emitir DARE/DARF e repassar ao Gerente Contábil e Financeiro para pagamento.
- Efetuar Backup da Escrituração Fiscal logo após a apuração mensal dos impostos.
- Organizar a documentação fiscal em ordem cronológica para proceder à encadernação.

Conciliação Contábil - Ação / Descrição

- Receber os relatórios de posição de estoque para posterior conciliação.
- Receber os relatórios de posição de estoque via Sistema de informática, para posterior análise e conciliação.
- Realizar a importação da movimentação mensal no sistema de informática dos módulos do Financeiro, Caixa, Estoque e Patrimônio, para posterior conciliação.
- Conferir a conciliação dos lotes de importação no sistema de informática dos módulos do Financeiro, Caixa, Estoque e Patrimônio, e validar os saldos para emissão do balancete.
- Realizar a conciliação contábil do Razão com os relatórios dos estoques.
- Classificar os documentos conforme o Plano de Contas estabelecido pela Instituição.
- Sugerir alterações necessárias no Plano de Contas, seguindo os aspectos legais e as necessidades da unidade hospitalar.
- Gerar o arquivo de provisão da folha de pagamentos no sistema, importação para o sistema de informática, e validação dos saldos.
- Elaborar e emitir demonstrativos mensais (balancetes contábeis), sempre que se efetivar o fechamento, bem como confeccionar os demonstrativos contábeis anuais da unidade hospitalar para efeitos prestação de contas, e submetê-lo a avaliação e validação.

Gerente Contábil e Financeiro compete:

Realizar parametrizações nos sistemas informática, quando necessários visando a correta contabilização quando das importações dos mesmos.

Geração e Transmissão de Arquivos - Ação / Descrição

- Gerar e transmitir a Declaração de Débitos e Créditos de Tributos Federais (DCTF), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Gerar e transmitir a Declaração de Contribuições do PIS e COFINS (DACON), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Gerar e transmitir a Declaração de Imposto de Renda Pessoa Jurídica (DIPJ), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Gerar e transmitir a Declaração de Imposto Retido na Fonte (DIRF). Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Receber os dados da folha de pagamento dos colaboradores da unidade hospitalar, conferir e transmitir o arquivo para pagamento, colhendo a autorização dos Superintendentes Executivo e Administrativo e Financeiro.
- Efetivar o fechamento, gerar e transmitir o Sistema de Fundo de Garantia e Informações à Previdência (SEFIP) Sistema fornecido pela Caixa Econômica Federal. Com as informações do FGTS e INSS da folha de pagamento do mês anterior, de acordo com a legislação trabalhista e previdenciária.
- Gerar e transmitir o SPED Fiscal, no sistema fornecido pela pela Receita Federal do Brasil nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Realizar a análise e importação da entrada de notas fiscais de produtos e serviços no sistema de informática.

Pagamentos - Ação/ Descrição

- Receber os processos com as Notas Fiscais e demais documentos relativos aos pagamentos a serem efetuados encaminhados por diversos setores via protocolo e encaminhá-los ao Gerente Contábil Financeiro.
- Receber os processos, conferir e separar os pagamentos, distribuindo-os por Bancos, de

acordo com os saldos nas contas correntes.

- Manter controle, e elaborar, caso necessário, a documentação hábil para efetivação de pagamentos e recebimentos.
- Emitir e encaminhar ao Gerente Contábil e Financeiro os cheques/documentos de pagamentos previstos para o dia.
- Conferir os documentos enviados para pagamento, colher autorização e assinatura (física ou eletrônica), dos Diretores, nos pagamentos contidos nos processos com as Notas Fiscais e demais guias.
- Elaborar mapa demonstrativo de despesas e receitas de forma a produzir diariamente a previsão de Fluxo de Caixa (Posição de Saldos), lançando os valores efetivados.
- Efetuar a baixa na planilha de posição de saldo, os pagamentos realizados que foram debitados nas contas correntes, efetuando o fechamento e imprimindo-a e apresentar quando solicitado aos Superintendentes, Executivo e Administrativo e Financeiro.
- Efetuar o pagamento, conferir e anexar à documentação hábil correspondente a cada um dos compromissos pagos.
- Formalizar os processos e encaminhá-los aos setores para gestão. Organizar os documentos pagos em seus respectivos processos.
- Alimentar a planilha de Prestação de Contas com as informações dos pagamentos efetuados para fins de prestação de contas à Secretaria da Saúde e ao Ministério da Saúde, quando for o caso.

Rotina básica do serviço de tesouraria - Ação/ Descrição

- Conferência dos extratos bancários;
- Receber repasse de numerários dos diversos setores;
- Acompanhamento dos recebimentos do SUS;
- Recebimento de Numerários da Campanha de arrecadação;
- Pagamento via suprimento de Caixa;
- Pagamento de Fornecedores;
- Alimentação da Posição de Saldos;
- Fechamento do Caixa da Tesouraria;
- Análise dos relatórios e extratos bancários, observando os créditos que houve;
- Lançamento dos créditos constantes nos extratos na planilha de receita e no sistema de informática;

Acompanhamento de recebimentos SUS - Ação/ Descrição

- Receber a comunicação do faturamento, referente as faturas do SUS.
- Emitir a Nota Fiscal, juntando, se solicitado for, os documentos hábeis (certidões, declarações, etc.).
- Providenciar a entrega das referidas Notas Fiscais aos respectivos clientes. (eletronicamente).
- Aguardar e acompanhar os créditos do SUS.

Pagamento via suprimento de caixa (Fundo Rotativo) - Ação/ Descrição

- Protocolar o repasse de numerário de suprimento de caixa para o comprador responsável.
- Acompanhamento dos recebimentos do SUS;
- Recebimento de Numerários da Campanha de arrecadação;
- Pagamento via suprimento de Caixa;
- Pagamento de Fornecedores; Alimentação da Posição de Saldos; Fechamento do Caixa da Tesouraria;
- Análise dos relatórios e extratos bancários, observando os créditos que houve;
- Lançamento dos créditos constantes nos extratos na planilha de receita e no sistema de informática;

Acompanhamento de recebimentos SUS - Ação/ Descrição

- Receber a comunicação do faturamento, referente as faturas do SUS.
- Emitir a Nota Fiscal, juntando, se solicitado for, os documentos hábeis (certidões, declarações, etc.).
- Providenciar a entrega das referidas Notas Fiscais aos respectivos clientes. (eletronicamente).
- Aguardar e acompanhar os créditos do SUS.

Pagamento via suprimento de caixa (Fundo Rotativo) - Ação/ Descrição

- Protocolar o repasse de numerário de suprimento de caixa para o comprador responsável.
- Conferir as Notas e / ou Cupons fiscais de acordo com a solicitação de compras.
- Analisar criteriosamente os documentos fiscais, observando o preenchimento correto destes.
- Lançar no sistema de informática os valores das Notas Fiscais pagas e também lançar na REST das Notas fiscais de serviços.
- Organizar os documentos no processo de suprimento de caixa.
- Quando se verificar que o saldo requer um novo reforço, emitir o extrato do caixa e conferir os lançamentos com as notas fiscais pagas e anexar ao processo de suprimento.
- Encaminhar o processo ao gerente Contábil e Financeiro para análise. Conferir o processo e solicitar novo reforço de caixa.

Pagamento de fornecedores (pagamentos-cheque nominal) - Ação/ Descrição

- Receber as notas e demais documentos relativos a pagamentos previstos.)
- Efetivar os pagamentos e colher as devidas quitações.
- Após pagamento, repassar o processo ao Serviço de contas a pagar e receber.

Fechamento do Caixa da Tesouraria - Ação/ Descrição

- Controlar o saldo do caixa tesouraria, efetuar as transferências devidas dos valores ao caixa central, mantendo um saldo de fundo de caixa para troco.
- Receber o repasse efetuado pela Tesouraria, conferindo os valores transferidos aos caixas centrais.

7.2.2 Normas de Administração Financeira

Para o seu funcionamento, o setor contará com manual de normas de conduta que orientem as solicitações de pagamentos visando atender às necessidades dos diversos setores do hospital no desempenho de suas atividades, com a utilização de recursos próprios ou oriundos do Contrato de Gestão.

Toda solicitação de pagamento, seja por aquisição de materiais de consumo, de insumos, de bens, de obras ou de serviços, a pessoa física ou jurídica, obedecerá aos princípios básicos de economicidade, eficiência e qualidade, tendo em vista a sua adequada aplicação e finalidade dos bens e serviços necessários ao cumprimento da missão do **INSV** e do **HERSO**.

Cadastramento de Beneficiários:

O cadastramento do fornecedor de produtos, material de consumo ou insumos obedecerá aos seguintes critérios:

- O **HERSO** somente realizará pagamento de solicitação para fornecedor cadastrado no sistema informatizado de gestão hospitalar, salvo as exceções previstas neste regulamento;
- A qualificação do fornecedor, e a execução dos procedimentos de compras, serão de responsabilidade do setor de compras do **HERSO;**
- O cadastramento de fornecedor, na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar, pode ser feito, previamente, durante o processo de compra ou no ato do registro de entrada da respectiva Nota Fiscal-NF.

Cadastramento do prestador fornecedor de serviços e obras:

- O **HERSO** somente realizará pagamento de solicitação para prestador cadastrado no sistema informatizado de gestão hospitalar, salvo as exceções previstas neste regulamento;
- A qualificação do prestador e a execução dos procedimentos de contratação serão de responsabilidade do coordenador de cada área interessada;
- O cadastramento de prestador, na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar, pode ser feito, previamente, durante o processo de contratação ou no ato do registro de entrada da respectiva Nota Fiscal de Serviço, de pessoa jurídica ou física, avulsa, convencional ou eletrônica - NFS.

Cadastramento do bolsista estagiário ou bolsista remunerado:

- O **HERSO** somente realizará pagamento de solicitação para bolsista cadastrado no sistema informatizado de gestão hospitalar, salvo as exceções previstas neste

regulamento;

- A qualificação do bolsista, e a execução dos procedimentos de contratação serão de responsabilidade do coordenador de cada área interessada;
- O cadastramento de bolsista na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar será feito por ocasião do registro do primeiro Recibo de Pagamento a Bolsista (RPB).

Cadastramento para adiantamentos e antecipações:

- O **HERSO** somente poderá conceder adiantamento de salário, de férias ou de 13º salário, mediante cheque na tesouraria, ao colaborador regularmente matriculado, com cadastro no sistema informatizado de gestão hospitalar específico para esta modalidade;
- A aprovação do adiantamento, e a execução dos procedimentos de concessão, são de competência dos Recursos Humanos;
- Cadastramento do adiantado (beneficiário de adiantamento) na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar será feito por ocasião do registro do primeiro adiantamento concedido.
- O **HERSO** somente poderá conceder antecipação na compra de produto ou contratação de serviço, mediante depósito em conta ou cheque na tesouraria, ao fornecedor ou prestador regularmente cadastrado no sistema informatizado de gestão hospitalar.
- A aprovação da antecipação, e a execução dos procedimentos de concessão, são de competência do setor de compras, subordinado à diretoria administrativa e financeira do **HERSO.**
- O cadastramento do antecipado (beneficiário de antecipação) na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar será feito por ocasião do registro da primeira antecipação concedida.

Cadastramento para diárias e ajuda de custo:

- O **HERSO** somente poderá conceder diárias e ajuda de custo, em quantidade expressa de dias da viagem a serviço aprovada, mediante cheque na tesouraria, a pessoa física regularmente matriculado, com cadastro no sistema informatizado de gestão hospitalar

específico para esta modalidade;

- A aprovação das diárias e ajuda de custo, e a execução dos procedimentos de concessão, é de competência da diretoria de administração e finanças do **HERSO;**
- O cadastramento de beneficiário de diárias e ajuda de custo na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar, será feito por ocasião do registro da primeira diária concedida;
- O solicitante do pagamento, quando proceder ao cadastramento, sempre deverá observar as exigências para qualificação do respectivo beneficiário, e caso já exista cadastro, deverá realizar manutenção, ao menos, quanto atualização de endereço, nº de telefone, pessoa de contato e e-mail.

Procedimento para solicitar pagamento:

- Toda solicitação de pagamento a fornecedor, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças do **HERSO**, e da respectiva NF devidamente atestada quanto ao recebimento do produto, à sua conformidade, ao registro no módulo estoque do sistema informatizado de gestão hospitalar, à efetiva entrada no almoxarifado.
- O ingresso do correspondente comprometimento para fornecedor, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir de inclusão por importação dos dados oriundos do módulo de estoque do sistema informatizado de gestão hospitalar, visíveis na tela do protocolo, após a confrontação com os dados da NF física.
- Toda solicitação de pagamento a prestador, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças, e do respectivo documento físico, seja um recibo de prestador de serviço RPS- Pessoa Física, que não disponha de Nota Fiscal de Serviço, ou uma NFS, devidamente atestada quanto à execução do(s) serviço(s), e à sua conformidade.
- O ingresso do correspondente comprometimento para prestador, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos

dados por digitação, após a obtenção dos valores na planilha própria para o cálculo das deduções, compensações e retenções fiscais.

- Toda solicitação de pagamento a Bolsista, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças, e do respectivo documento físico, ou seja, recibo de pagamento a bolsista, devidamente atestada quanto ao período de cumprimento, e à sua conformidade.
- O ingresso do correspondente comprometimento para bolsista, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação, após a obtenção dos valores na planilha própria para o cálculo das deduções, compensações e retenções fiscais.
- Toda solicitação de pagamento a adiantado, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças, e do respectivo documento físico, ou seja, o recibo de adiantamento, devidamente atestado pelo RH quanto a forma de liquidação, e à sua conformidade.
- Caso a solicitação de pagamento a adiantado contenha previsão de atendimento com verba vinculada, o encaminhamento deverá, em primeiro lugar, transitar na Coordenação de Contratos e Convênios-CCC, para controle e visto.
- O ingresso do correspondente comprometimento, para adiantado, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação.
- Toda solicitação de pagamento a antecipado, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela SAF, e do respectivo documento físico, ou seja, o recibo de antecipação, devidamente atestada pelo comprador quanto a forma de liquidação, e à sua conformidade.
- O ingresso do correspondente comprometimento, para adiantado, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação.
- Toda solicitação de pagamento de diárias e ajuda de custo, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações

do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças, e do respectivo documento físico, recibo de diária e ajuda de custo, devidamente atestado pelo gestor solicitante quanto a justificativa da viagem, motivo, destino e período, e à sua conformidade.

- O ingresso do correspondente comprometimento, para diárias e ajuda de custo, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação.

Procedimento ordinário de pagamento - Dos prazos e horários mínimos:

- Diariamente, D zero, serão incluídas no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, por importação, todas as Notas Fiscais de Fornecedor, que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados no setor financeiro, até 12h:00min de D-1 (dia útil anterior).
- Diariamente, D zero, serão incluídas no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todas as Notas Fiscais de serviço de prestador pessoa jurídica, que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados no setor financeiro, até 12h:00min de D-1.
- Diariamente, D zero, serão incluídas no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todas as Notas Fiscais de serviço de prestador pessoa física, que suas planilhas de cálculo, das deduções, compensações e retenções fiscais, tenham sido protocolizadas no setor financeiro, até 12h00min de D-1, independentemente da data que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados na bancada de cálculos do Setor de Recursos Humanos.
- Diariamente, D zero, serão incluídos no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todos os recibos de prestação de serviços de prestador pessoa física, e todos os recibos de pagamento de bolsa de bolsista, que suas planilhas de cálculo, das deduções, compensações e retenções fiscais, tenham sido protocolizadas no setor financeiro, até 12h00min de D-1, independentemente da data que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados na bancada de cálculos do SAP.
- Diariamente, D zero, serão incluídos no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todos os ADTDO de colaborador, que tenham sido protocolizadas no setor financeiro, até 12h00min de D-1,

independentemente da data que seus encaminhamentos tenham sido homologados no setor de Recursos Humanos.

- Diariamente, D zero, serão incluídos no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todos os ANTDO de fornecedor, de prestador PJ, de prestador PF, e que tenham sido protocolizadas no setor financeiro, até 12h:00min de D-1, independentemente da data que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados na bancada de cálculos.
- Os documentos que tenham sido protocolizados após 12h:00min, serão considerados como se recepcionados às 08:00 horas de D+1.
- Diariamente, D zero, às 16h:00min horas, será emitido relatório atualizado com todos os comprometimentos, com vencimento até D+1 (o dia útil seguinte), que será submetido à diretoria de administração e finanças para obter liberação para emissão dos cheques que serão assinados às 11:00 horas de D +1, em 1º lote, e às 15h:00min horas de D+1, em 2º lote.
- No 1º lote serão priorizados os cheques, para os pagamentos com cobrança bancária sem ficha de compensação (vencidos ou não), para os pagamentos com quitação por depósito em conta, para os pagamentos de guia de recolhimento de impostos e taxas, para reposição de fundo fixo, para os pagamentos de concessões de adiantamentos a colaboradores, e exceções autorizadas, nesta ordem.
- No 2º lote serão preparados os cheques, para os pagamentos com cobrança bancária com ficha de compensação (em dia), para os pagamentos com cobrança em carteira, para os pagamentos de concessões de antecipações a fornecedores, e antecipações a credores por Serviço, e exceções autorizadas, nesta ordem.

7.2.3 Do Manual de Setor de Almoxarifado e Patrimônio

Objetivo

Regulamentar o procedimento interno estabelecendo normas e disposições necessárias para Administração do Patrimônio representado pelos Bens Permanentes que integram o ativo imobilizado.

Conceito de patrimônio:

O patrimônio é o objeto administrado que serve para propiciar às entidades a

obtenção de seus fins. Para que um patrimônio seja considerado como tal, este deve atender a dois requisitos: O elemento ser componente de um conjunto que possua conteúdo econômico avaliável em moeda; e exista interdependência dos elementos componentes do patrimônio e vinculação do conjunto a uma entidade que vise alcançar determinados fins.

Ações gerais da Área de Patrimônio:

- Gerenciamento de Bens:
- Conscientização do usuário;
- Gerenciamento de Bens:
- Divulgação de procedimentos;
- Atualização de dados no Sistema de Gestão;
- Propostas de melhorias;
- Realocação de bens à disposição;
- Transferência de bens;
- Baixa de bens;
- Realização de levantamento físico/inventário patrimonial.
- Incorporação\Registro de Bens:
- Recebimento da documentação pertinente à incorporação dos bens; Cadastramento dos bens no Sistema de Gestão;
- Emissão do termo de responsabilidade;
- Identificação física do bem, com a fixação de etiqueta patrimonial (ou gravação), observada a padronização da etiqueta de código de barras, gerada pelo Sistema de Gestão.

Tipo de Incorporação/Registro de Bens:

- Incorporação de animais;
- Registros de Bens de Terceiros (comodato);

Importância do Controle Patrimonial:

A importância do controle patrimonial nas instituições, tanto públicas quanto privadas, dizem respeito principalmente à grande imobilização financeira decorrente da aquisição do

parque instalado e da massa de custos adicionais decorrentes desses bens.

A estrutura básica deste manual segue a estrutura de atividades relativas ao controle patrimonial, quais sejam: tombamento, transferência, movimentação, baixa e inventário. Em cada tópico são abordados aspectos conceituais, legislação e procedimentos a serem adotados em sua execução.

Aspectos conceituais e de organização do Controle Patrimonial:

As operações inerentes ao controle patrimonial estão amparadas na seguinte legislação: Instrução Normativa que é o principal instrumento que rege o controle de material, tanto de consumo, quanto permanente, nas principais atividades a serem desenvolvidas pelos órgãos componentes da Administração Pública Federal, abordando os temas:

- Aquisição Racionalização Recebimento e aceitação
- Armazenagem Requisição e distribuição
- Carga e descarga
- Saneamento de material
- Controles
- Renovação de estoque
- Movimentação e controle Inventários físicos
- Conservação e recuperação
- Responsabilidade e indenização
- Cessão e alienação.

Controle Patrimonial:

- O controle patrimonial se dá através do registro adequado de todos os bens móveis, adquiridos por recursos orçamentários e não orçamentários, que estão à disposição da Instituição para a realização de suas atividades.
- Para a eficácia do controle patrimonial é fundamental a atualização constante dos registros de entrada, atualização, movimentação e saída de bens do acervo patrimonial.
- A operação de entrada é realizada através do Tombamento, as alocações internas são realizadas através da Transferência e da Movimentação, e a operação de saída é realizada através da Baixa de bens.
- Visando preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá ser

identificado individualmente, estar vinculado a um local específico e sob a responsabilidade de um colaborador.

- A verificação dessas informações, bem como da qualidade do serviço realizado pelo Serviço de Patrimônio, é realizada através dos Inventários.
- Deve ser controlado todo acervo da Instituição, seja de bens móveis ou imóveis, assim como todo bem não pertencente ao acervo, mas colocado à sua disposição para consecução dos objetivos institucionais (bens em comodato).

Material Permanente:

- De acordo com o dicionário, patrimônio é "o conjunto de bens, direitos e obrigações economicamente apreciáveis, pertencentes a uma pessoa ou empresa" (Dicionário Houaiss da Língua portuguesa, p. 2151).
- Para efeito deste manual, a referência a patrimônio deve ser entendida como sendo o conjunto de bens móveis, também denominados, materiais permanentes.

A Instrução Normativa define material como: "... designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independentemente de qualquer fator, bem como aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis".

A Lei n.º 4.320, art. 15, § 2º, de 17 de março de 1964 define como material permanente aquele com duração superior a dois anos. O Art. 3° da Portaria n° 448, de 13/09/2002, da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, define a adoção de cinco condições excludentes para a identificação do material permanente, sendo classificado como material de consumo aquele que se enquadrar em um ou mais itens dos que se seguem:

- **Durabilidade** - quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;
- **Fragilidade** – material cuja estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiço ou deformável, caracterizando-se pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;

- **Perecibilidade** – material sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;
- **Incorporabilidade** - quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal;
- **Transformabilidade** - quando adquirido para fim de transformação.

Verificadas as condições acima citadas, devem ser analisados, por fim, mais dois parâmetros que complementam a definição final da classificação:

- A relação custo de aquisição/custo de controle do material, que determina, nos casos dos materiais com custo de controle maior que o risco da perda do mesmo, que o controle desses bens seja feito através do relacionamento do material (relação-carga) e verificação periódica das quantidades. De um modo geral, o material de pequeno custo que, em função de sua finalidade, exige uma quantidade maior de itens, redunda em custo alto de controle, devendo ser, portanto, classificado como de consumo;
- Se o bem está sendo adquirido especificamente para compor o acervo patrimonial da Instituição. Nestas circunstâncias, este material deve ser classificado sempre como um bem permanente.
- Além disso, é importante frisar que a classificação do bem, para efeito de sua inclusão no sistema de controle patrimonial, deve ser coerente com a adotada no respectivo processo de aquisição.

Número Patrimonial

- Todo bem componente do acervo patrimonial deve ser identificado individualmente no momento do seu tombamento.
- Essa identificação consiste na atribuição de um número patrimonial exclusivo e deve permitir aos agentes do controle patrimonial coletar informações relativas à localização, estado de conservação, situação desse bem face ao acervo, bem como o responsável por sua guarda e conservação.

Termo de Responsabilidade

- A norma nos apresenta que:

"Nenhum equipamento ou material permanente poderá ser distribuído

à unidade requisitante sem a respectiva carga, que se efetiva com o competente Termo de Responsabilidade, assinado pelo consignatário...".

- Os Termos de Responsabilidade devem ser emitidos pelo Serviço de Patrimônio, em duas vias, e assinados pelo Responsável pela Guarda e Conservação do bem e pelo Gestor do Patrimônio. Uma via será arquivada na Seção de Patrimônio da Unidade e a outra será entregue ao signatário.

Os Termos de Responsabilidade serão emitidos sempre que ocorrer:

- Mudança de localização de bens;
- Renovação anual
- Tombamento de bens;
- Mudança de responsável pela guarda de bens;

Operação Patrimonial:

- As operações patrimoniais consistem no registro de entrada, movimentações e saída de bens do acervo da Instituição.
- A entrada de material permanente é denominada Tombamento
- A alteração da localização de bens na instituição denomina-se Movimentação, quando não há troca pela responsabilidade por sua guarda, ou Transferência, quando há a transferência de posse e guarda para um novo responsável.
- A saída do bem do acervo patrimonial é denominada Baixa, é sempre resultado de processo apropriado que a justifique e deve ser sempre autorizada pela Diretoria Administrativa Financeira.

É importante salientar que o registro patrimonial tem sua correspondência no Tombamento. Tombamento é o processo de inclusão (entrada) de um bem permanente no sistema de Gestão Patrimonial da instituição. Isso significa dizer que o bem que entra no acervo da Instituição, apresentará igualmente um aporte de recursos no balanço patrimonial. Por interferir no balanço patrimonial, essa operação é atribuição exclusiva do responsável pelo controle patrimonial da Instituição. O tombamento deve ser realizado sempre no momento em que o bem entra fisicamente na Instituição e é colocado em uso, envolve desde o lançamento dos bens no Sistema de Gestão Patrimonial até a assinatura e arquivamento dos Termos de

Responsabilidade.

Modalidades de tombamento

a) Aquisição: É a modalidade de tombamento realizada quando o bem é adquirido através de recursos orçamentários ou extra orçamentários.

b) Comodato e Cessão Comodato e Cessão são denominações dadas ao empréstimo gratuito de um bem permanente que deve ser restituído após determinado prazo.

- O Comodato é o empréstimo realizado entre a Instituição e empresas privadas, enquanto a Cessão é o empréstimo entre a Instituição e outros.
- Como a posse do bem não pertence à Instituição, um bem tombado por comodato não tem seu valor adicionado ao montante de entradas no acervo patrimonial da Instituição.
- Quando ocorrer o retorno do bem ao seu proprietário, deverá ser realizada uma baixa por devolução. Caso o bem seja doado definitivamente à Instituição o comodato deverá ser alterado para Doação, através do Termo de Doação.

São responsáveis pela gestão dos bens públicos:

- As unidades de controle patrimonial;
- O Setor de Patrimônio (ou assemelhado); detentor da carga patrimonial (Gestor);
- Os usuários (colaboradores).

É importante colocar que o dirigente do órgão também é responsável pela gestão dos bens públicos, uma vez que este pode responder perante as unidades de controle patrimonial integrantes do sistema de controle interno e externo do ente estatal, quanto a possíveis irregularidades apuradas no patrimônio público sob sua responsabilidade.

São atribuições do Gestor de Controle Patrimonial:

- Coordenar e supervisionar o registro para controle do patrimônio móvel e imóvel;
- Respeitar as regras da contabilidade de forma a possibilitar a administração dos bens permanentes durante toda sua vida útil;
- Orientar os procedimentos quanto ao registro, controle e zelo pelo bem patrimonial,

observando-se a legislação vigente;

- Orientar o procedimento quanto ao recolhimento e baixa dos bens inservíveis;
- Coordenar e supervisionar os serviços de recebimento, conferência, guarda e distribuição de bens permanentes reutilizáveis no âmbito do Instituição;
- Efetuar auditorias patrimoniais dos bens móveis de caráter permanente; emitir relatórios apontando para a alienação de bens;
- Instituir e coordenar rotinas de manutenção e recuperação de bens móveis; e
- Definir a redistribuição dos equipamentos adquiridos e recebidos pela Instituição.

Compete ao Serviço de Patrimônio:

- Efetuar a identificação patrimonial, através de plaquetas (metálicas ou adesivas altamente colantes), fixadas nos bens móveis de caráter permanente;
- Extrair, encaminhar e controlar os termos de responsabilidade dos bens móveis dos diversos centros de responsabilidade da instituição;
- Extrair e encaminhar termos de responsabilidades aos gestores, sempre que necessário;
- Registrar as transferências de bens quando ocorrer mudança física dos mesmos ou quando houver alterações do responsável;
- Instruir processos de baixa dos bens móveis; e
- Propor a doação e/ou alienação dos bens baixados por inservibilidade, bem como acompanhar a retirada desses bens, sempre observando as normas da Instituição.

Atribuições do detentor da Carga Patrimonial:

Considera-se responsável por uso, guarda e conservação dos bens de natureza permanente todo e qualquer colaborador investido de função de direção/chefia (ou congênere) cuja atribuição peculiar será a responsabilidade pela gestão patrimonial dos bens colocados à sua disposição. São competências do detentor da carga patrimonial:

- Assumir a responsabilidade pelos bens que estão destinados ao seu uso ou do setor que está sob sua chefia ou direção;
- Comunicar ao setor de patrimônio qualquer movimentação dos bens sob a sua responsabilidade;
- Comunicar, imediatamente, a quem de direito, qualquer irregularidade ocorrida com o

material entregue aos seus cuidados; e

- Nos impedimentos legais temporários (férias, licenças, afastamentos, etc.), informar o nome do seu substituto ao setor de patrimônio para que a ele seja atribuída à responsabilidade provisória pela guarda do bem.
- Todo colaborador, ao ser desvinculado do cargo, função ou emprego, deverá passar a responsabilidade do material sob sua guarda a outrem, salvo em caso de força maior, quando:
- Impossibilitado de fazer pessoalmente a passagem de responsabilidade do material, poderá o colaborador delegar a terceiros essa incumbência.

Responsabilidades dos usuários no uso de Bens Patrimoniais

Os colaboradores deverão ser responsáveis pelos bens que estão sob seu uso e/ou guarda, competindo a estes:

- Conservar os bens do acervo patrimonial, ligar, operar e desligar os equipamentos conforme as recomendações e especificações de seu fabricante;
- Adotar e propor à chefia imediata providências que preservem a segurança e conservação dos bens móveis existentes em seu setor;
- Manter os bens de pequeno porte em local seguro;
- Comunicar à chefia imediata, o mais breve possível, a ocorrência de qualquer irregularidade envolvendo o patrimônio do setor, providenciando, em seguida, a comunicação por escrito; e
- Apoiar os colaboradores do serviço de patrimônio na realização de levantamentos e inventários ou na prestação de qualquer informação sobre bem em uso no seu local de trabalho.
- Todo colaborador poderá ser chamado à responsabilidade pelo desaparecimento do material que lhe for confiado, para guarda e uso, bem como pelo dano que dolosa ou culposamente, causar a qualquer material que esteja ou não sob sua guarda.
- Cabe, portanto, a todos os usuários nos diversos níveis da Instituição, a responsabilidade de zelar, guardar, conservar e informar qualquer movimentação ou irregularidade com o bem permanente, permitindo ao Serviço de Patrimônio manter os seus registros atualizados.
- Os colaboradores temporários (quando houver) não poderão ter sob sua guarda, bens patrimoniais, salvo por motivo de força maior devidamente justificado e apresentado ao

Serviço de Patrimônio. Nesses casos, os equipamentos por eles utilizados serão de responsabilidade da chefia do setor, não estando os mesmos isentos das responsabilidades sobre o bem patrimonial.

- Por bens de natureza permanente entende-se o conjunto dos bens móveis com vida útil superior a dois anos, e imóveis que, quando postos em uso, não estão sujeitos a danificações imediatas.
- Assim, os bens móveis classificados como permanentes são aqueles que: possuem vida útil superior a dois anos (art. 15, § 2° da Lei Federal n° 4.320/64); em razão da utilização, não perdem a identidade física; os materiais que apresentarem baixo valor monetário, baixo risco de perda e alto custo de controle patrimonial devem preferencialmente ser considerados como materiais de consumo. sua rotatividade não dificulta a atribuição de responsabilidade.

Tombamento dos Bens Patrimoniais:

- O recebimento dos bens móveis pelo Serviço de Patrimônio inicia-se pela conferência física dos bens pelos seus colaboradores.
- O tombamento consiste na formalização da inclusão física de um bem patrimonial no acervo da Instituição, com a atribuição de um único número por registro patrimonial. Pelo tombamento aplica-se uma conta patrimonial do Plano de Contas do hospital a cada material, de acordo com a finalidade para a qual foi adquirido. O valor do bem a ser registrado é o valor constante do respectivo documento de incorporação (valor de aquisição).

Marcação física:

Caracteriza-se pela aplicação, no bem, de plaqueta de identificação, por colagem ou rebitamento, a qual conterá o número de registro patrimonial.

Fixação de Plaqueta

- Na colocação da plaqueta deverão ser observados os seguintes aspectos:
- Local de fácil visualização para efeito de identificação por meio de leitor óptico, preferencialmente na parte frontal do bem;

- Evitar áreas que possam curvar ou dobrar a plaqueta ou que possam acarretar sua deterioração;
- Evitar fixar a plaqueta em partes que não ofereçam boa aderência, por apenas uma das extremidades ou sobre alguma indicação importante do bem.
- Os bens patrimoniais recebidos sofrerão marcação física antes de serem distribuídos aos diversos centros de responsabilidade da Instituição. Os bens patrimoniais cujas características físicas ou a sua própria natureza impossibilitem a aplicação de plaqueta também terão número de tombamento, mas serão marcados e controlados em separado.
- Caso o local padrão para a colagem da plaqueta seja de difícil acesso, como, por exemplo, nos arquivos ou estantes encostadas na parede, que não possam ser movimentados devido ao peso excessivo, a plaqueta deverá ser colada no lugar mais próximo ao local padrão.
- Em caso de perda, descolagem ou deterioração da plaqueta, o responsável pelo setor onde o bem está localizado deverá comunicar, impreterivelmente, o fato ao Serviço de Patrimônio.

Dados necessários ao registro dos Bens Móveis:

- Número do tombamento; data do tombo;
- Descrição padronizada do bem (descrição básica pré-definida em um sistema de patrimônio);
- Marca/modelo/série (também pré-definidos em um sistema de patrimônio); características (descrição detalhada);
- Valor unitário de aquisição (valor histórico); agregação (acessório ou componente);
- Forma de ingresso (compra, fabricação própria, doação, permuta, cessão, outras);
- Classificação contábil/patrimonial;
- Número da ordem de compra e data de emissão; número do processo de aquisição e ano;
- Tipo/número do documento de aquisição (nota fiscal/fatura, guia de produção interna, termo de doação, termo de cessão, termo de cessão em comodato, outros);
- Nome do fornecedor (código);
- Garantia (data limite da garantia);
- Localização (identificação do centro de responsabilidade - centro de custos);

- Situação do bem (registrado, alocado, cedido em comodato, em manutenção, em depósito para manutenção, em depósito para triagem, em depósito para redistribuição, em depósito para alienação, em sindicância, desaparecido, baixado, outros);
- Estado de conservação (bom, regular, precário, inservível, recuperável); e plaquetável ou não plaquetável.

Movimentação:

Caracteriza-se como movimentação de bens patrimoniais o conjunto de procedimentos relativos à distribuição, transferência, saída provisória, empréstimo e arrendamento a que estão sujeitos no período decorrido entre sua incorporação e desincorporação.

Distribuição do Bem Móvel:

- Compete ao Serviço de Patrimônio a primeira distribuição de material permanente recém-adquirido, de acordo com a destinação dada no processo administrativo de aquisição correspondente.
- A distribuição de qualquer bem móvel será feita mediante o preenchimento e assinatura de Termo de Entrega de Bens Patrimoniais em conjunto com o Termo de Responsabilidade de Bens Móveis atualizado.

Transferência de Responsabilidade do Bem Móvel

- A transferência é a operação de movimentação de bens, com a consequente alteração da carga patrimonial. A autoridade transferidora solicita ao Serviço de Patrimônio por meio de Comunicação Interna.
- É importante destacar que a transferência de responsabilidade com movimentação de bens somente será efetivada pelo Setor de Patrimônio mediante solicitação do responsável pela carga cedente com anuência do recebedor.
- A devolução ao Serviço de Patrimônio de bens avariados, obsoletos ou sem utilização também se caracteriza como transferência. Neste caso, o gestor do setor onde o bem está localizado devolve-o com a observância das particularidades (motivo da devolução), a fim de que o Serviço de Patrimônio possa manter rigoroso controle sobre a situação do bem.

- Os bens que foram restituídos ao Serviço de Patrimônio também ficam sob a guarda dos colaboradores deste setor e serão objetos de análise para a determinação da baixa ou transferência a outros setores.
- É importante colocar que uma cópia do Termo de Responsabilidade de cada setor deverá ser fixada em local visível a todos, dentro de seu recinto de trabalho, visando facilitar o controle dos bens.

Para que ocorra a transferência de responsabilidade entre dois setores, deverão ser observados os seguintes parâmetros:

- Solicitação, por escrito, do interessado em receber o bem, dirigida ao possível cedente;
- "de acordo" do setor cedente com a autorização de transferência;
- Solicitação do agente patrimonial ao serviço de patrimônio para emissão do termo de responsabilidade;
- Após a emissão do termo de responsabilidade, o serviço de patrimônio remeterá o mesmo ao assistente de patrimônio, para que este colha assinaturas do cedente e do recebedor.
- Uma vez assinado o termo, o assistente enviará uma das vias para que seja arquivada no setor onde os bens se encontram e outra encaminhada ao serviço de patrimônio para arquivo em pasta específica.

Saída Provisória:

- A saída provisória caracteriza-se pela movimentação de bens patrimoniais para fora da Instituição ou dependência onde estão localizados, em decorrência da necessidade de conserto e manutenção.
- Qualquer que seja o motivo da saída provisória, esta deverá ser autorizada pelo Serviço de Patrimônio, que emitirá o documento de Saída Bens Patrimoniais para fora da Instituição.
- O setor solicitante deverá solicitar manutenção do bem patrimonial pelo sistema de gestão, imprimir a Solicitação de Serviços e encaminhá-la junto com o bem ao Serviço de Manutenção.
- Toda a manutenção de bem incorporado ao patrimônio deverá ser solicitada pelos setores responsáveis pela carga através da emissão de uma Ordem de Serviço ao Setor de Manutenção, que tomará todas as providências para proceder à assistência de bem em garantia ou não, utilizando-se de seus recursos próprios e/ou de terceiros. Para

certificar-se que o bem possui garantia, o Setor de Manutenção deve recorrer às informações disponíveis no Serviço de Patrimônio.

Desfazimento (Desincorporação, Baixa):

- O desfazimento é a operação de baixa de um bem pertencente ao acervo patrimonial da Instituição e consequente retirada do seu valor do ativo imobilizado.
- Considera-se baixa patrimonial, a retirada de bem da carga patrimonial da instituição, mediante baixa de bens patrimoniais no Sistema de gestão patrimonial, exclusivamente pelo Serviço de Patrimônio. O número de patrimônio de um bem baixado não deverá ser utilizado em outro bem.
- A baixa patrimonial pode ocorrer por quaisquer das formas a seguir:
    - Alienação;
    - Permuta;
    - Perda total;
    - Extravio;
    - Destruição;
    - Comodato;
    - Transferência;
    - Sinistro;
- Em qualquer uma das situações expostas, deve-se proceder à baixa definitiva dos bens considerados inservíveis por obsoletismo, por seu estado irrecuperável e inaproveitável, sendo encaminhado à Diretoria Administrativa Financeira para autorização de alienação dos bens patrimoniais pertencentes à Instituição e devolução dos bens patrimoniais à SES/GO.

Visando o correto processo de baixa de bens do sistema patrimonial, faz-se necessário a adoção dos procedimentos a seguir:

- Serviço de Patrimônio, ao receber o processo que autoriza a baixa, emitirá por processamento o Termo de Baixa dos Bens;
- Serviço de Patrimônio encaminhará à Gerência Contábil e Financeira, todo início do mês vigente, o relatório de baixa de bens patrimoniais, juntamente com os relatórios de

posição patrimonial, bens adquiridos no mês anterior, bens tombados e não tombados e relatórios de posição patrimonial por espécie e por classificação, em arquivo eletrônico compactado.

- Compete ao Serviço de Patrimônio, periodicamente, provocar expedientes para que seja efetuado levantamento de bens suscetíveis de alienação ou desfazimento.

A seguir, alguns procedimentos voltados à alienação dos bens:

- Deverá ser remetido ao Setor de Patrimônio a Comunicação Interna pelo gestor da área, o qual o setor instaurará o procedimento respectivo;
- Sempre que possível, os bens serão agrupados em lotes para que seja procedida a sua baixa;
- Os bens objeto de baixa serão vistoriados in loco pelo Serviço de Patrimônio em conjunto com o Serviço de Manutenção, os quais, observando o estado de conservação, a vida útil, o valor de mercado e o valor contábil, classificando-os em:

  a) **Bens móveis permanentes inservíveis**: quando for constatado serem os bens danificados, obsoletos, fora do padrão ou em desuso devido ao seu estado precário de conservação; e

  b) **Bens móveis permanentes excedentes ou ociosos**: quando for constatado estarem os bens em perfeitas condições de uso e operação, porém sem utilização.

     i. Os bens móveis permanentes considerados excedentes ou ociosos serão recolhidos ao Serviço de Patrimônio, ficando proibida a retirada de peças e dos periféricos a ele relacionados, exceto nos casos autorizados pela Diretoria.

     ii. Os bens móveis permanentes considerados inservíveis serão baixados do acervo patrimonial da Instituição, por decisão da Diretoria, com registro no Sistema de Gerenciamento Patrimonial e de Contabilidade.

     iii. Os bens móveis baixados do acervo patrimonial, que não apresentarem valor econômico e de uso, poderão ser incinerados ou descartados mediante autorização da Diretoria.

     iv. Os bens móveis baixados do acervo patrimonial, que ainda apresentarem valor econômico ou de uso, poderão ser doados, leiloados ou permutados, mediante autorização da Diretoria. As plaquetas patrimoniais deverão ser retiradas e descartadas pelo Serviço de Patrimônio. No caso de

computadores, o Serviço de Tecnologia da Informação, deverá apagar todos os dados contidos nos HD (hard disk) das máquinas, evitando o acesso indevido de dados da instituição.

A perda total consiste na formalização, para fins contábeis, da desincorporação de bens que já não existem fisicamente por terem sido objeto dos eventos a seguir discriminados, ou, embora existindo fisicamente, são inservíveis:

- Roubo, furto ou qualquer outro tipo de desaparecimento;
- Acidente de qualquer natureza;
- Sinistro de qualquer natureza;
- Quando submetidos a leilão por mais de duas vezes e não houver arrematante, em razão do estado de inservibilidade
- Nesse caso os bens devem, obrigatoriamente, ser incinerados ou completamente destruídos.

Procedimentos na ocorrência de perdas:

Considera-se irregularidade, toda ocorrência que resulte em prejuízo a Instituição, relativo a bens de sua propriedade, constatado por qualquer colaborador no desempenho do seu trabalho ou resultante de levantamentos em inventários. As irregularidades podem ocorrer por:

- **Extravio**: desaparecimento de bem ou de seus componentes;
- **Sinistro:** ocorrência de prejuízo ou danos em bens da instituição (Incêndio, inundações, etc.);
- **Avaria:** danificação parcial ou total de bem ou de seus componentes; inobservância de prazos de garantia; e
- **Mau Uso**: emprego ou operação inadequada de equipamento e material, quando comprovado o desleixo ou a má-fé.

É dever do detentor de carga e do corresponsável comunicar, imediatamente, ao Serviço de Patrimônio, qualquer irregularidade ocorrida com o material entregue aos seus cuidados.

A comunicação de bem desaparecido ou avariado deve ser feita de maneira circunstanciada, por escrito, sem prejuízo de participações verbais que, informalmente, antecipem a ciência dos fatos ocorridos. O Serviço de Patrimônio deverá realizar

imediatamente verificação da irregularidade comunicada.

No caso de irregularidade por avaria, se o colaborador que averiguou o fato concluir que a perda das características do material decorreu do uso normal ou de outros fatores que independem da ação do usuário, o Serviço de Patrimônio poderá proceder a baixa patrimonial, desde que receba laudo atestando o fato.

No caso de avaria resultante de utilização inadequada de equipamentos e materiais, quando comprovado o desleixo ou a má-fé, o Serviço de Patrimônio deve apresentar a irregularidade para avaliação da Diretoria, com o objetivo de:

- Providenciar a reposição de outro bem novo com as mesmas características, ao bem patrimonial da Instituição;
- Apresentar justificativas da avaria, o que será considerado, preliminarmente, como irregularidade.
- Quando se tratar de material, cuja unidade seja "jogo", "conjunto" ou "coleção", suas peças ou partes danificadas deverão ser recuperadas ou substituídas por outras com as mesmas características, de forma a preservar a funcionalidade do conjunto. Havendo impossibilidade de recuperação ou substituição, as peças devem ser indenizadas pelo valor de avaliação.

O Serviço de Patrimônio deve comunicar e apresentar os relatórios sobre constatações de irregularidades não sanadas à Diretoria Administrativa Financeira, para que elas sejam levantadas a qualquer tempo ou inventariadas. Recebida a comunicação ou relatório de irregularidades não sanadas no prazo de notificação, o gerente Administrativo Financeiro, após a avaliação da ocorrência pode:

- Autorizar a baixa patrimonial em processo administrativo, devido à perda de características ou avaria do material;
- Designar comissão de apuração de irregularidades, cujo relatório deverá abordar os seguintes tópicos, orientando, assim, o julgamento quanto à responsabilidade do(s) envolvido(s) no evento:
- A ocorrência e suas circunstâncias;
- O estado em que se encontra o material;
- O valor do material e, em caso negativo, se há matéria-prima a aproveitar; a sugestão sobre o destino a ser dado ao material;
- A caracterização da responsabilidade da(s) pessoa(s) envolvida(s);
- Analisar o extravio e a justificativa apresentada, quando houver, e determinar:

- A aceitação da justificativa apresentada e a baixa do material;
- Que a(s) pessoa(s) responsabilizada(s) arque(m) com as despesas de conserto e recuperação;
- A indenização total do material em dinheiro, feita pela(s) pessoa(s) responsabilizada(s), no valor de avaliação calculado considerando seu desgaste físico.

Inventário Patrimonial:

O patrimônio, num determinado momento, visando atender uma finalidade específica Inventário é a discriminação organizada e analítica de todos os bens permanentes e valores de. É um instrumento de controle para verificação da existência física dos bens em uso na instituição, informando seu estado de conservação, e mantendo atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis.

Além disso, o inventário também pode ser utilizado para subsidiar as tomadas de contas indicando saldos existentes, detectar irregularidades e providenciar as medidas cabíveis. Através do inventário pode-se confirmar a localização e atribuição da carga de cada material permanente, permitindo a atualização dos registros dos bens permanentes bem como o levantamento da situação dos equipamentos e materiais em uso, apurando a ocorrência de dano, extravio ou qualquer outra irregularidade.

Pode-se verificar também no inventário as necessidades de manutenção e reparo e constatação de possíveis ociosidades de bens móveis, possibilitando maior racionalização e minimização de custos, bem como a correta fixação da plaqueta de identificação.

Os diversos tipos de inventários são realizados por determinação de autoridade competente, por iniciativa própria do Serviço de Patrimônio ou de qualquer detentor de carga dos diversos centros de responsabilidade, periodicamente ou a qualquer tempo. Os inventários devem ser levantados não apenas por uma questão de rotina ou de disposição legal, mas também como medida de controle, tendo em vista que os bens nele arrolados não pertencem a uma pessoa física, mas à Instituição e precisam estar resguardados quanto a quaisquer danos.

A fim de manter atualizados os registros dos bens patrimoniais, bem como a responsabilidade dos setores onde se localizam tais bens, a Instituição deve proceder ao inventário mediante verificações físicas pelo menos uma vez por ano.

Para fins de atualização física e monetária e de controle, a época da inventariação será

anual para todos os bens móveis e imóveis sob responsabilidade da instituição em 31 de dezembro (confirmação dos dados apresentados no Balanço Geral).

Durante a realização de qualquer tipo de inventário, fica vedada toda e qualquer movimentação física de bens localizados nos endereços individuais abrangidos pelos trabalhos, exceto mediante autorização específica do Serviço de Patrimônio ou dos dirigentes da Instituição, com subsequente comunicação formal a Comissão de Inventário de Bens.

Tipos de Inventário: Os tipos de inventário são:

- Criação (ou inicial): quando criada uma nova unidade, com o objetivo de relacionar os bens que ficarão sob a responsabilidade de seus administrados;
- Verificação: realizado a qualquer tempo, com o objetivo de verificar qualquer bem ou conjunto de bens, por iniciativa do Serviço de Patrimônio, ou a pedido de qualquer detentor de carga ou responsável. Também pode ser realizado com o intuito de apurar indícios de prejuízos à Instituição, decorrentes de desaparecimentos, mau uso, ou outros fatos danosos, como, por exemplo, os causados por negligência, etc.;
- Transferência: realizado quando ocorrer mudança definitiva de titular da instituição ou do detentor de carga patrimonial;
- Extinção ou transformação: realizado quando determinada instituição for extinta ou transformada em outra.
- Anual: realizado ao final de cada exercício financeiro (que coincide com o ano civil) por comissão de servidores (SES) especialmente para esse fim, e visa comprovar a exatidão dos registros de controle de todo o patrimônio da instituição, demonstrando o acervo de cada detentor de carga de cada unidade gestora, o valor total do ano anterior e as variações patrimoniais ocorridas no exercício.

Avaliação dos bens no processo de inventário- Um bem pode ser considerado:

- **Reversível:** é o bem móvel ou imóvel que integra o acervo patrimonial, o qual é indispensável à prestação do serviço;
- **Alienável**: é o bem móvel ou imóvel inservível à instituição;
- I**nservível:** é o bem considerado ocioso, cuja recuperação é antieconômica ou impossível, não sendo, portanto, mais viável sua utilização em qualquer atividade relacionada ao serviço prestado;
- **Alienável ocioso**: é o bem que se encontra em perfeitas condições de uso, mas não

está sendo utilizado;

- **Alienável de recuperação antieconômico**: é o bem que apresenta desgaste prematuro ou obsolescência e possui rendimento precário, cuja recuperação seria onerosa, salvo aquele de valor histórico que poderá ser aproveitado pela instituição;
- **Irrecuperável:** é o bem que não pode mais ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características.

Comissões de Inventários:

- A realização do inventário anual fica a cargo da Comissão de Inventário de Bens Permanentes, que será constituída por, no mínimo, 3 (três) colaboradores efetivos conhecedores de bens patrimoniais, entre outros do setor de localização do bem, que deverão acompanhar o levantamento.
- A Comissão de Inventário é designada pela direção da Instituição, antes do término do primeiro semestre de cada ano, o que lhe dará tempo hábil para a execução dos levantamentos nos endereços individuais da instituição.
- É importante que dessa Comissão faça parte pelo menos um colaborador lotado no Serviço de Patrimônio.

No desempenho de suas funções, a Comissão de Inventário é competente para:

- Cientificar os dirigentes da instituição sobre todos os endereços individuais envolvidos, bem como os diversos centros de responsabilidade, com antecedência mínima de 72 horas da data marcada para o início dos trabalhos, a fim de viabilizar o acesso aos locais em inventário;
- Solicitar ao detentor de carga patrimonial elementos de controle interno e outros documentos necessários aos levantamentos;
- Requisitar servidores, máquinas, equipamentos, transporte, materiais e tudo mais que for necessário ao cumprimento das tarefas da comissão;
- Identificar a situação patrimonial e o estado de conservação dos bens inventariados, discriminando em relatório os suscetíveis de desfazimento, para ciência do dirigente da instituição;
- Propor ao responsável pela carga patrimonial a apuração de irregularidades constatadas;
- Relacionar e identificar, com numeração própria, os bens que se encontram sem o

número de patrimônio ou sem o devido registro patrimonial, para as providências cabíveis; e

- Solicitar o livre acesso em qualquer recinto para efetuar levantamento e vistoria de bens.

A Comissão de Inventário de Bens Permanentes deve apresentar um relatório do Inventário Anual, que o levará ao conhecimento da Diretoria responsável pela Instituição.

Esse relatório deve registrar, de forma circunstanciada, todas as irregularidades e demais aspectos observados nos trabalhos. Dele também devem constar as informações analíticas de bens levantados por detentor de carga patrimonial e resumo do fechamento contábil do exercício (valores). O inventário, depois de realizado, estará sujeito às análises e, consequentemente, aos ajustamentos necessários para a apresentação do balanço dentro do prazo estabelecido.

As divergências que, porventura, surgirem por diferença de preços ou de avaliação serão ajustadas. Entretanto, se surgirem diferenças sem a devida explicação, a contabilidade poderá solicitar revisão ou apuração para que estas sejam cabalmente esclarecidas.

Com adoção de **Manual de Administração Patrimonial**, que constará as principais atividades realizadas e as definições técnicas, como: depreciação, tombamento de bem patrimonial, definições de material permanente e material de consumo, inventários, responsabilidade dos gestores pelos bens patrimoniais locados em seus setores, padronização de colagem das plaquetas, código de barras, taxas de depreciação de bens, entre outras informações de relevância ao setor, para maior compreensão de todos os setores do **HERSO**.

7.2.4 Rotina do Setor de Almoxarifado e Patrimônio

Deve-se observar que todos os bens de natureza permanente adquiridos devem ser cadastrados em sistema próprio de gerenciamento visando ao controle e à gestão dos bens patrimoniais de forma a:

- Registrar as incorporações e baixas dos bens existentes;
- Registrar e informar a localização dos bens, bem como controlar;
- Controlar a movimentação de bens;
- Permitir a obtenção de informações gerenciais;
- Registrar os responsáveis pelos bens; e
- Emitir relatórios dos bens em cada centro de responsabilidade.

A gestão do patrimônio envolve as seguintes fases:

- Recebimento e aceite;
- Tombamento;
- Incorporação (ou escrituração);
- Movimentação;
- Desfazimento (desincorporação, baixa).

7.2.5 Normas do Setor de Almoxarifado e Patrimônio

Para o seu funcionamento, o setor contará com manual de normas de conduta que orientem a organização do almoxarifado e patrimônio da unidade hospitalar.

Normas padrão:

- Estar consciente do que estiver fazendo, ser disciplinado e responsável;
- Não é permitido beber, comer, fumar dentro do Almoxarifado;
- Usar óculos de proteção, luvas apropriadas e máscara sempre que as situações assim o exigirem.
- Analisar o material recebido, conferir e quando for o caso realizar exame qualitativo;
- Os materiais devem ser resguardados contra o furto ou roubo, e protegidos contra a ação dos perigos mecânicos e das ameaças climáticas, bem com o de animais daninhos;
- Os materiais estocados há mais tempo devem ser fornecidos em primeiro lugar, primeiro a entrar, primeiro a sair, com a finalidade de evitar o envelhecimento do estoque;
- Os materiais devem ser estocados de modo a possibilitar um a fácil inspeção e um rápido inventário;
- Os materiais que possuem grande movimentação devem ser estocados em lugar de fácil acesso e próximo das áreas de expedição e o material que possui pequena movimentação deve ser estocado na parte mais afastada das áreas de expedição;
- É de inteira responsabilidade do funcionário do Almoxarifado planejar a reposição de materiais e prestação de serviços
- O Responsável pelo Almoxarifado deve elaborar mapas de cotação;

- Deve acompanhar projetos e obras;
- Atualizar constantemente o cadastro de fornecedores
- Manter a manutenção preventiva, corretiva e emergencial dos bens móveis e imóveis da instituição;
- Controlar, fiscalizar e sugerir novas propostas no que se refere a patrimônio, cargas, transportes, distribuição e controle.
- Supervisionar os móveis e imóveis no que se refere a serviços de manutenção preventiva;
- Cadastrar o material permanente e organizar por meio de tabelas todas as saídas e entradas;
- Os materiais jamais devem ser estocados em contato direto com o piso. É preciso utilizar corretamente os acessórios de estocagem para protegê-los;
- Os materiais pesados e/ ou volumosos devem ser estocados nas partes inferiores das estantes, eliminando-se os riscos de acidentes ou avarias e facilitando a movimentação;
- Toda movimentação de entrada e saída de carga deve ser objeto de registro, quer trate de material de consumo nos almoxarifados, quer trate de equipamento ou material permanente em uso pelo setor competente.
- Realizar balanço mensal do movimento de estoque;
- Zelar pelo Cumprimento dos prazos de entrega dos materiais;
- Registrar todos os pedidos de compra em Ata;
- Passar todos os dias no setor para manutenção e abastecimento de materiais;
- Não se ausentar do setor, a não ser para vistorias, abastecimentos nos setores, entrega de materiais ou por ocasiões especiais;
- Os estoques devem ser objeto de constantes Revisões e Análises.

7.2.6 Do Manual de Contratação de Obras e Serviços

Objetivo

O presente instrumento tem como objetivo regulamentar os procedimentos gerais para a contratação de obras, serviços, a serem realizados pela Unidade, com a utilização de recursos originários do Contrato de Gestão, bem como para regulamentar a alienação de bens.

Art. 1°. Na das Unidades de Diagnóstico por Imagem deverá:

§ 1°. Determinar as unidades responsáveis pela realização das ações de planejamento,

coordenação, supervisão e controle que permitam implementar a contratação de obras e serviços, aquisição de bens e alienações.

§ 2°. Manter distintas, em sua estrutura, as funções: COMPRA, RECEBIMENTO e PAGAMENTO, descentralizando as respetivas tarefas e atribuições.

§ 3°. Cumprir as rotinas observando a necessidade da obra, serviço, compra ou alienação, prazos, pareceres técnicos, fonte de recursos, sistemática de cotação e eleição da melhor proposta, observados os critérios de menor preço, melhor técnica, prazo de entrega, qualidade, condições de pagamento e outros identificados como relevantes para a decisão.

§ 4°. Observar, nas alienações, a necessidade, a possibilidade e a realidade do mercado, bem como os procedimentos legais, conforme o caso.

§ 5°. Realizar procedimentos de registro contábil-financeiro das contratações de obras, serviços e compras, permitindo diferenciar a origem dos recursos originários do Contrato de Gestão.

§ 6°. Proceder ao registro patrimonial das alienações.

§ 7°. Realizar os procedimentos de compras e de contratações abertos e acessíveis ao público, divulgando as convocações e resultados das aquisições por meio da internet, na página do **HERSO**.

§ 8°. Excluem-se das exigências do parágrafo anterior as aquisições realizadas por meio de suprimento de caixa, aquelas realizadas em caráter de urgência, as definidas pelo critério da padronização e as que por imposição do serviço, garantia ou manutenção exigir indicação de marca, quando a concorrência não for possível ou não for viável.

Art. 2°. Os processos de contratação/aquisição e de alienação deverão ser tratados na proporção de quanto maior o valor e/ou especificidade da aquisição ou alienação, maior a amplitude hierárquica na aprovação da contratação ou alienação e maior conhecimento técnico exigível no julgamento das propostas.

§ 1°. Os procedimentos para as contratações de obras e serviços ou compras cujo valor global seja igual ou inferior a R$ 100.000,00 (cem mil reais) serão previamente autorizados pela Diretoria Administrativa e Financeira, sendo, ao final, a aquisição autorizada pela Diretoria Geral do **HERSO** por meio da assinatura da competente Ordem de Compra ou do respectivo Contrato, em conformidade com o expresso no art. 8º e parágrafos.

§ 2°. As contratações de obras e serviços ou compras cujo valor global seja superior ao valor

definido deverão ser autorizadas pelo **INSV** estabelecidas no parágrafo anterior.

§ 3°. Fica proibida a fragmentação de compras, obras ou serviços cuja característica, finalidade ou utilização sejam convergentes ressalvadas a conveniência administrativa devidamente justificada.

§ 4°. Nas alienações, a modalidade de divulgação e a forma de pagamento deverão observar as especificidades do bem a ser alienado e as condições do mercado.

§ 6°. A alienação de bens de qualquer espécie deverá ser proposta pela Diretoria Administrativa do **HERSO**, autorizado pelo **INSV**.

§ 7°. A alienação de bens móveis pertencentes a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO deverá ser precedida de autorização da SES/GO, cujo resultado financeiro deverá ser reinvestido no desenvolvimento das atividades da Unidade de Saúde, se de outra forma não determinar a SES/GO.

Art. 3°. Os procedimentos de contratação de obras, serviços e aquisições de bens terão início com a solicitação de compra, devidamente assinada pelo Gestor da área requisitante e autorizada pela Diretoria Administrativa, contendo as seguintes informações:

- Descrição detalhada do bem de consumo, bem permanente, serviço ou obra a ser adquirido ou contratado, com justificativa do pedido da compra ou contratação da obra ou serviço, e indicação de marca somente quando imprescindível devidamente justificado;
- Definição das unidades e das quantidades a serem adquiridas em função do consumo e utilização prováveis.

Regime de compra: De rotina ou de urgência.

Art. 4°. Considera-se de urgência a aquisição de bem de consumo, bem permanente ou serviço, aquela em que o bem ou serviço seja imperiosa às atividades, impondo a demora na aquisição em dano à pessoa ou ao patrimônio.

§ 1°. O requisitante deverá justificar a necessidade de adquirir o bem ou serviço em regime de urgência.

§ 2°. O Responsável pelo Serviço de Compras do **HERSO** poderá dar ao procedimento de compras o regime de rotina, caso conclua não estar caracterizada a situação de urgência, devendo informar o requisitante dessa decisão.

Art. 5°. O processo de compra compreenderá o levantamento de preços no mercado e poderá

ser procedido das seguintes formas:

- Compras por Suprimento de Caixa - Obtidas por meio de pesquisa livre de mercado;
- Demais compras - No mínimo 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, obtidas por meio de pesquisa formal de mercado, registradas em mapa de apuração e anexadas ao processo de compra;

§ 1° Quando não for possível realizar o número de cotações estabelecido no inciso II do presente artigo a Diretoria Administrativa poderá autorizar a compra com o número de cotações que houver, mediante justificativa por escrito do serviço de compras.

§ 2° As aquisições realizadas por meio de Suprimento de Caixa são aquelas cujo baixo valor não recomenda a abertura de processo, ou, ainda, quando a necessidade do bem ou serviço a ser adquirido o impuser.

§ 3° As aquisições por Suprimento de Caixa serão autorizadas pela Diretoria Administrativa e se desobrigam dos demais procedimentos descritos neste regulamento.

Art. 6°. A melhor proposta será apurada considerando os princípios contidos no art. 14 do presente Regulamento.

§ 1°. Será declarada a melhor proposta aquela que, depois de esgotados todos os meios de negociação com uma ou mais empresas, com o intuito de reduzir os preços ofertados nas propostas, apresentar as melhores condições de fornecimento, observado o determinado no caput deste artigo.

§ 2°. Sobre a apuração da melhor proposta o Serviço de Compras emitirá Parecer de Compras relatando as condições da negociação sem prejuízo de outras informações que julgar pertinente.

§ 3°. A aquisição de bens de consumo, de bens patrimoniais ou prestação de serviço realizada por meio de contrato se dará mediante autorização da Diretoria Administrativa no Parecer de Compras e assinatura da Diretoria Geral.

§ 4°. A aquisição de bens de consumo, de bens patrimoniais ou prestação de serviço que não exigir a elaboração de contrato será autorizada por meio da assinatura das correspondentes Ordens de Compras, em conformidade com o expresso no art. 8º.

Art. 7°. A Ordem de Compra corresponde ao contrato formal efetuado com o fornecedor e encerra o procedimento de compras, representando fielmente todas as condições da negociação, a exemplo de descontos, prazo de entrega, condição de pagamento e outras

consideradas relevantes para a gestão do processo.

§ 1°. A Ordem de Compra deverá ser assinada pelo Responsável do Serviço de Compras, pela Diretoria Administrativa e pela Diretoria Geral.

§ 2°. Nos casos de aquisição de bens de consumo e bens patrimoniais ou prestação de serviços continuados, bem como aqueles que por sua natureza ou complexidade a administração da Unidade de Saúde julgar conveniente, será lavrado contrato, que se regerá pelo Direito Civil Brasileiro e pelos princípios da Teoria Geral de Contratos.

§ 3°. A critério da administração e considerando as condições gerais do mercado, a celeridade e a economicidade, a Ordem de Compra poderá ser reemitida, desde que mantidos o mesmo fornecedor e o preço.

Art. 8°. O recebimento dos bens de consumo, bens patrimoniais ou serviços será realizado pelo Serviço de Almoxarifado e/ou pelo Serviço de Manutenção e Patrimônio se de outra forma não for determinada, que ficam responsáveis pela conferência dos mesmos com as especificações contidas na Ordem de Compra ou Contrato, e ainda pelo encaminhamento da Nota Fiscal para pagamento.

Art. 9°. Dos fornecedores Exclusivos: A compra de serviços, bens de consumo, bens patrimoniais e obras fornecidos com exclusividade por um único fornecedor, está dispensada da etapa definida no inciso II, do art. 6º, do presente Regulamento.

§ 1°. O Serviço de Compras deverá consultar fabricantes, sindicatos, associações de classe e outros órgãos afins, para comprovar a exclusividade do fornecedor.

§ 2°. Na contratação de serviços para manutenção de equipamentos, poder-se- á optar por realizar o orçamento com apenas um prestador de serviço quando o tipo do serviço, as condições de garantia, a conservação do equipamento e a possibilidade de aumentar o dano do equipamento assim determinar, devidamente autorizado pela Diretoria Administrativa.

Art. 10°. É proibido o recebimento de vantagens, de qualquer natureza, por qualquer colaborador da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação de obras, serviços, compras e alienações. Da mesma forma, fica proibido que conste nome, símbolos ou imagens que caracterizem ou favoreçam a promoção pessoal de autoridades ou empregados em publicidade de atos, programas, obras e serviços.

Parágrafo Único - É vedado a **HERSO** manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder

decisório.

Art. 11. Para a finalidade deste regulamento considera-se:

I. Obra – Toda construção, reforma, fabricação, recuperação ou ampliação, realizada em sua estrutura física ou unidade que represente sua extensão, assim definida por meio de Contrato de Gestão, Termo de Parceria, Termo de Cessão ou Permissão de Uso;

II. Serviço – Toda prestação de atividade voltada ao conserto, instalação, montagem, operação ou conservação de máquinas ou equipamentos, dentre outros;

III. Compra – Toda aquisição remunerada de bens de consumo ou bens patrimoniais, gêneros alimentícios, dentre outros, de uma só vez ou parceladamente;

IV. Alienação – Toda cessão ou transferência de bens, onerosa ou gratuita, permanente ou temporária.

Art. 12. As obras ou serviços serão objetos de contratação somente quando os esforços, competência, qualificação e dimensão excedam às capacidades auto- suficientes da Unidade de Saúde e tenham caráter indispensável em vista do funcionamento operacional e administrativo da Instituição.

Art. 13. Nos procedimentos para a aquisição de bens de consumo, bens permanentes e para a contratação de obras e serviços, deverão ser observados principalmente e naquilo que couber, os seguintes requisitos:

- Preço; Qualidade;
- Prazo de entrega;
- Segurança;
- Funcionalidade e adequação ao interesse da Unidade de Saúde; Economia na execução, conservação e operação;
- Possibilidade de emprego de mão de obra, materiais, tecnologia e matérias- primas existentes no local para execução, conservação e operação;
- Facilidade na execução, conservação e operação, sem prejuízo da durabilidade da obra ou do serviço;
- Adoção das normas técnicas, de saúde e de segurança do trabalho.
- Impacto ambiental;
- Atendimento ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantias oferecidas;
- As condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do

material;

Art. 14. No processo de alienação, nos casos em que o bem estiver em posse da Instituição por força do Termo de Cessão ou Permissão de Uso firmado com a SES/GO, será observado os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável a espécie.

Parágrafo Único – A alienação de bens pertencentes ao patrimônio exclusivo da Unidade de Saúde, em conformidade com seu Estatuto obedecerá aos critérios e procedimentos estabelecidos neste Regulamento, bem como da norma civil vigente.

Art. 15. Os casos omissos serão resolvidos pelo **INSV**.

Art. 16. O presente regulamento entrará em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, / /2023

7.2.7 Da Rotina do Setor de Contratação de Obras e Serviços

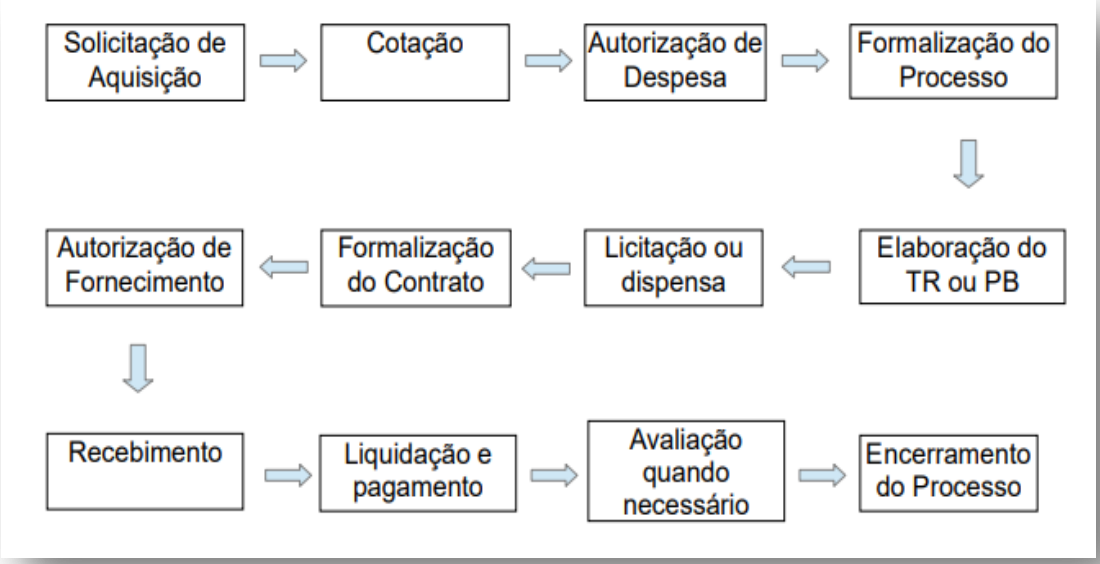
A rotina é definida como; um caminho já trilhado e sabido; praticamente uso geral; hábito de proceder segundo o uso sem atender aos programas; costumes; hábito inveterado, elas são essenciais para atividades diária da instituição, pois é através delas que podemos dirimir dúvidas com os fornecedores e empresas parceiras, diligenciar aos órgãos competentes, reguladores, controladores e fiscalizadores, atendimento ao público interno, instrução de processo, conseguir orçamento, envio de fax , e-mail, telefonemas e visitas as empresas.

A licitação em seu conceito está definida como: procedimento administrativo que visa atender ao princípio da isonomia, pelo qual a administração seleciona a proposta mais vantajosa quando contratada bens, serviços e obras ou faz outras transações.

As suas atividade são, de analisar o que vai se adquirido ou contatado, tornando o setor primordial do hospital, pois tudo que foi planejado será concluído ou não, a depender das situações político-financeiro e se não existir empecilho como é o caso na dependência estimativa de preços, todo o processo é retardado e se a sequência fluir sem interrupção a conclusão do processo será de no máximo 45dias, até o seu arquivamento e se não for obedecido a este prazo será expirado para 60,90 ou 120 dias.

No seu trâmite verificar todas as fases do processo que foi adjudicado, fracassado ou deserta, estando ciente das obrigações de acompanhar e informar a autoridade competente do setor que solicitou. Estimativa de Preços - Anotação; cálculo; cômputo, consideração; custo da unidade de coisa vendável, valor pecuniário de um objeto, comparação, prêmio, castigo, valia, importância moral quilate, merecimento, estimação. É uma das atividades essenciais para o setor e que na sua área de competência provoca a satisfação ou não, e o processo for agilizado, com tempo hábil todo o processo não seja prejudicado, mas se faltar algum requisito para que envio da proposta de estimativa dos preços, aí todos que faz parte da equipe irão responder solidariamente e passivo de sanções administrativas.

Figura - Fluxo De Licitação de Serviços



7.2.8 Das Normas do Setor de Contratação de Obras e Serviços

Procedimentos de solicitação de contratação de obras, serviços de engenharia, serviços comuns, seguirão a seguintes normatizações:

São todos os atos e procedimentos que deverão compor o processo de contratação.

SOLICITAÇÃO DE CONTRATAÇÃO A solicitação será realizada por qualquer setor do **HERSO** e enviada ao setor Gestão Administrativa, que ficará responsável pela inserção do pedido Sistema Integrado de Materiais, sendo gerado um número para o documento de solicitação.

Para tanto a solicitação deverá conter no mínimo: descrição completa do material ou serviço, unidade de medida e quantitativo a serem contratados. Em caso de aquisição de materiais e/ou equipamentos para realização de cursos específicos, será obrigatório os projetos de confecção,

PESQUISA DE PREÇO A pesquisa de preço é a referência para autorização de despesa pela Autoridade Competente, denominada Ordenador de Despesa. A pesquisa de preço será de responsabilidade do setor de Suprimento, sendo composta por no mínimo de 03 (três) orçamentos emitidos por pessoa jurídica ou física, salvo quando não for possível serão aceitos os orçamentos inferiores a 03 (três), desde que devidamente justificado pelo setor responsável.

AUTORIZAÇÃO DE DESPESA A Autorização da Despesa dar-se-á pela emissão do Processo de Compra/Serviço no Sistema Integrado de Materiais, gerando um número que será adotado como autuação processual, onde serão realizados todos os procedimentos e atos para a devida contratação.

AUTUAÇÃO OU FORMALIZAÇÃO DO PROCESSO DE CONTRATAÇÃO É o termo que caracteriza a abertura do processo. Dar-se, sempre que o conteúdo e a importância do assunto exigirem tramitação do documento visando encaminhamento, manifestação, decisão administrativa, ações e operações contábeis. Com a autuação, o documento passa a ter curso próprio chamando-se então processo, caso seja processo para licitação deverá ser encaminhado a Comissão Permanente de Licitação - CPL. Fincando essa função exclusivamente ao setor Suprimento.

CAPA DO PROCESSO A capa do processo contratação deverá conter obrigatoriamente o número/ ano e o objeto a ser contratado, devidamente autuado;

NUMERAÇÃO DE PÁGINA Para efeito de numeração dos autos, a capa do processo não será considerada. As folhas dos processos serão numeradas em ordem crescente, sem rasuras, devendo ser utilizado carimbo próprio para colocação do número, aposto no canto superior direito da página, recebendo, a primeira folha, o número "1". O verso da folha não será numerado e sua identificação quando for necessária terá como referência a letra "v", da palavra verso. Exemplo: folha 3v. A capa do processo não será numerada. A numeração das peças do processo é iniciada da emissão do Processo de Compra/Serviço. A numeração deve ser por folha, e não por página, ou seja, embora ambas as páginas da folha, frente (ou anverso) e verso, devam ser utilizadas para registros e despachos, ter-se-á apenas um número, o da folha, onde todas as peças/folhas estejam regularmente numeradas e

rubricadas. O documento não encadernado receberá numeração em sequência cronológica e individual para cada peça que o constituir, as peças que nele forem inseridas serão numeradas e rubricadas. As peças subsequentes serão numeradas e rubricadas pelas Unidades Administrativas que as adicionarem; a capa do processo não será numerada. Nenhum processo poderá ter duas peças com a mesma numeração, não sendo admitido diferenciar pelas letras "A" e "B", nem rasurar. Nos casos em que a peça do processo estiver em tamanho reduzido, será colada em folha de papel branco, apondo-se o carimbo de numeração de peças de tal forma que o canto superior direito do documento seja atingido pelo referido carimbo. Qualquer solicitação ou informação inerente ao processo será feita por intermédio de despacho no próprio documento ou, caso seja possível, em folhas de despacho, a ser incluída ao final do processo, utilizando-se tantas folhas quanto necessário.

TERMO DE REFERÊNCIA OU PROJETO BÁSCO O Termo de referência ou Projeto Básico serão obrigatórios, independentemente da modalidade de licitação ou dispensa, sendo eles: a) Termo de Referência ou Projeto Básico para Aquisições; b) Termo de Referência ou Projeto Básico para Serviços; c) Projeto Básico para Obras e Serviços de Engenharia; O Termo de Referência ou Projeto Básico será de responsabilidade do Setor de Suprimento conjuntamente com o solicitante.

A IMPORTÂNCIA DO PROJETO BÁSICO OU TERMO DE REFERÊNCIA O Termo de Referência e o Projeto Básico são o código genético da licitação e do contrato; eles são o documento que expressa às informações diversas levantadas em torno de um dado objeto, e que servirá de fonte para guiar a aquisição ou a contratação dos serviços. a contratação será sempre precedida da apresentação do Projeto Básico ou Termo de Referência, que deverá ser preferencialmente elaborado por técnico com qualificação profissional pertinente às especificidades do objeto, devendo o Projeto ou o Termo ser justificado e aprovado pela autoridade competente.

ELABORAÇÃO DO PROJETO BÁSICO E DO TERMO DE REFERÊNCIA

a) Quando da elaboração projeto básico e do termo de referência, devemos nos certificar de que todos os elementos essenciais do documento estão redigidos com clareza e precisão.

b) Esses elementos, quando bem formalizados, são essenciais tanto para a Administração quanto para os fornecedores interessados em participar do processo licitatório e, com absoluta certeza, contribuem para uma contratação bem sucedida.

c) Um Projeto Básico/Termo de Referência bem elaborado é valioso para a Administração, por possibilitar não só a tomada de decisão pelo ordenador de despesas, em função da estimativa do custo, da necessidade, conveniência, oportunidade e dos resultados esperados com a contratação, mas, também, possibilita ao ente público contratante o perfeito acompanhamento e fiscalização da execução contratual e o recebimento adequado do bem ou serviço contratado. Por outro lado, um termo de referência ou projeto básico em que os seus elementos constitutivos estejam redigidos de forma clara, sem indefinições ou imprecisões, contendo informações detalhadas sobre o objeto da contratação, com todas as especificações e condições para o fornecimento do bem ou a execução dos serviços, oferece ao fornecedor as condições necessárias para que este possa avaliar a sua capacidade de ofertar uma proposta adequada, com preço compatível e com a segurança de que poderá assumir o compromisso contratual com o ente público.

Fase de Planejamento:

a) A elaboração do Projeto Básico ou Termo de Referência é tarefa que requer planejamento. É um trabalho que, preferencialmente, deve ser realizado por uma equipe técnica que tenha conhecimento sobre a matéria da contração. Às vezes faz-se necessário a constituição de equipe multidisciplinar, quando, por exemplo, a natureza do objeto envolver diversas áreas de conhecimento. Quanto mais complexo for o objeto da licitação, mais tempo devemos dedicar à fase de planejamento.

b) Assim, antes de iniciarmos o processo de elaboração do documento, devemos em primeiro lugar, identificar todos os elementos do problema, que esperamos resolver com a contratação, que podem ser alguns ou todos a seguir enumerados:

b.1) Qual o tempo disponível para execução do trabalho?

b.2) Quais são os nossos limites de tempo?

b.3) Quais são as nossas restrições de conhecimento?

b.4) Quem poderá nos fornece informações sobre o objeto da contratação?

b.5) Como nos assegurar de que as especificações do objeto e as condições estabelecidas no documento para a execução do contrato vão resultar em uma boa contratação?

b.6) Como estimar o custo da contratação?

b.7) Como regulamentar os casos de inadimplemento contratual?

b.8) Quais são as obrigações das partes?

b.9) Como deve ser o recebimento do objeto?

b.10) Quais os testes de funcionamento que devemos propor?

b.11) Como fiscalizar a execução do contrato?

c) Enfim, devemos traçar um cenário da execução contratual e traduzir o quê e como se deseja a contratação.

Fase de Elaboração do Documento

a) O Projeto Básico ou o Termo de Referência deverá conter o nome completo, rubrica, cargo, do Técnico responsável pela elaboração, correspondente à área do objeto. Exemplos:

a.1) Caso o objeto seja relativo a obras ou serviços de engenharia em geral: deverá conter os dados e assinatura do engenheiro responsável;

a.2) Caso o objeto seja relativo a gêneros alimentícios: deverá conter os dados e assinatura da(o) nutricionista responsável;

Descrição do objeto

a) É recomendável, embora não obrigatório, que se inicie o documento pela descrição do objeto, que deve ser enunciado de forma precisa, suficiente e clara, sem especificações excessivas, irrelevantes ou desnecessárias, que possam restringir a competição ou direcione para um determinado fornecedor.

b) Na descrição do objeto é vedada pela lei a indicação de marcas, com exceção dos casos em que, circunstanciadamente motivada, possa ser aceita em observância ao principio da padronização, ou quando se tratar de caso tecnicamente justificável.

c) Podemos utilizar os seguintes métodos de descrição de bens:

c.1) Utilizando Marcas – vedado pela lei, salvo nos casos em que tecnicamente justificável. Exemplos: padronização; reposição de peças sem similaridade;

c.2) Similaridade – é comum a utilização da expressão "marca X ou similar" nas especificações. Em tese, essa prática não é condenada pelos órgãos de controle, embora só se justifique quando for inviável a especificação em razão da quantidade a ser adquirida ou do

valor estimado para aquisição, que não justifiquem o gasto de tempo e recursos necessários para uma perfeita descrição e especificação do bem;

c.3) Por meio de Especificações Técnicas – é o melhor método para comunicar ao fornecedor as necessidades do órgão;

c.4) Características Físicas ou Químicas – descrevendo a composição do produto – cola líquida, álcool em gel, etc.;

c.5) Materiais e Métodos de Manufatura – descrevendo os materiais utilizados na produção do bem e os métodos construtivos;

c.6) Considerando Desempenho/performance – quando o importante para o atendimento da necessidade do órgão é o resultado ou benefício que o bem possa trazer – descrever, por exemplo, a configuração de um computador;

c.7) Por meio de desenhos/plantas – muitas vezes o bem que se pretende adquirir é preciso ser fabricado, nesse caso, é preciso que a Administração detalhe por meio de desenhos, plantas e medidas o bem a ser adquirido, permitindo a sua confecção sem falhas;

c.8) Combinando os Métodos de Descrição - é possível combinar os diversos métodos de descrição acima.

c.9) Padronização – a Lei nº 8.666/93 determina que as compras, sempre que possível, devem atender ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho;

c.10) Amostras – método usado quando em situações que requeiram análises de cunho subjetivo: cor, sabor, textura e cheiro.

Justificativa da Contratação

a) Em seguida à descrição do objeto, pode-se dar continuidade ao documento enunciando a justificativa da contratação.

b) Além do custo estimado, a decisão do ordenador de despesas deve ser baseada também na conveniência, necessidade e oportunidade da contratação.

Por isso, é preciso que a unidade requisitante do bem ou serviço apresente justificativa da contratação bem elaborada, na qual além conveniência, necessidade e oportunidade,

enfoque, ainda, os objetivos que se pretende alcançar e os impactos positivos da contratação para a instituição, seus servidores e para a comunidade, conforme o caso.

Especificação do objeto

a) Na sequência, o objeto da contratação deve ser detalhado. Para tanto, deve-se fornecer informações suficientes, de forma clara e precisa, que permitam a produção, a compra dos bens ou execução dos serviços, com qualidade e que está possa ser aferida facilmente.

b) Deve se evitar exigências de funcionalidades desnecessárias ou supérfluas.

Como especificar bens:

a) Especificar as dimensões (com ou sem desenhos);

b) Especificar a forma (requer desenho);

c) Especificar com as unidades de medidas;

d) Especificar as cores;

e) Especificar as fórmulas;

f) Especificar as embalagens;

g) Especificar os testes e exames de qualidade no relacionamento;

h) Especificar o transporte/rota/prazo.

Especificação de Serviços:

a) Deve se escrever detalhadamente os serviços a serem executados, evidenciando: b) Definição de equipe mínima para a execução dos serviços, se for o caso;

a.1) Definição de equipe mínima para a execução dos serviços, se for o caso;

a.2) Local e horário de funcionamento;

a.3) Frequência e periodicidade;

a.4) Procedimentos, metodologias e tecnologias a serem empregadas na execução dos serviços;

a.5) Material a ser utilizado;

a.6) Demais especificações que se fizerem necessárias;

a.7) Resultado ou produtos esperados.

Os Riscos das Especificações Impróprias:

a) Para os usuários – receber bens ou serviços que não atendem às suas necessidades;

b) Para os fornecedores – cotar um produto que não é o esperado ou por preço que não é aceito;

c) Para a Administração – não alcançar os resultados desejados.

Orçamento: Orçamentos Detalhado/valor Estimado em Planilha de Acordo com os Preços de Mercado Para que o Ordenador de Despesas decida pela contratação é necessária que se levante a estimativa do custo da contratação, por meio de pesquisa de mercado, delineada em orçamento detalhado ou em planilha, de modo que fiquem especificados os custos unitários e totais de cada parcela e do total do serviço a ser contratado.

Definição dos Métodos e Condições para a Execução dos Serviços ou do Fornecimento:

a) Para que a contratação ocorra conforme o esperado, é necessário que se defina, com precisão, os métodos a serem utilizados na execução dos serviços, as condições para a sua execução (locais, horários, periodicidade, etc.) a mão-de-obra necessária, os materiais e equipamentos a serem utilizados, e quaisquer outras informações que se façam necessárias.

b) No caso de aquisição de bens, devemos informar o prazo, local e horário de entrega, se os bens serão entregues de uma só vez ou de forma parcelada, garantia e assistência técnica, etc.

c) No caso de bens que precisem ser fabricados, devem ser informados, ainda, os métodos construtivos (medidas, desenhos, plantas, materiais, cores, e etc.)

- Estratégia de Suprimento: Deve-se definir a forma e as condições para a execução dos serviços ou o fornecimento dos bens: definição dos itens ou formação de lotes para licitação, definição das etapas e prazos das medições, meios de transportes, etc.

- Cronograma Físico-Financeiro: No caso de prestação de serviços executados por empreitada e preços unitários, com os pagamentos a serem realizados por etapas, faz-se necessário estabelecer um cronograma de desembolso financeiro no qual fiquem determinados os períodos de medição e os valores respectivos de cada parcela executada.
- Critérios de Recebimento e Aceitação do Objeto: Deve-se estabelecer com clareza como o bem ou serviço deve ser recebido, provisória e definitivamente: medidas, formas, materiais utilizados, composição físico-química, funcionalidades, embalagens, testes de funcionamento, analise de amostra, tudo em conformidade com as especificações do objeto, bem como os procedimentos do contratante e do fornecedor para os casos de não aceitação do objeto.

Critério de Avaliação das Propostas:

a) Informar o tipo de julgamento das propostas: menor preço por item ou menor preço global.

b) Cumpre esclarecer que, no caso de item único, o critério é o do menor preço.

Obrigações do Contratante e do Contratado:

a) Deve-se definir com clareza e precisão quais são as responsabilidades do contratante e do fornecedor.

b) Essas informações são essenciais para o gerenciamento do contrato e para a aplicação de sanções ao contratado, quando for o caso.

c) Obrigações da Contratada - cláusulas contratuais: Vai ajudar definir as cláusulas do futuro contrato, disposição expressa a respeito dos prazos para o fornecimento de bens ou para a prestação dos serviços.

d) Obrigações da Contratante Vai ajudar definir as cláusulas do futuro contrato, como: pagamento, fiscalização, infraestrutura, etc.

Procedimentos de Fiscalização e gerenciamento do Contrato:

a) Sugerir o nome do Fiscal do Contrato e estabelecer as suas atribuições que, dentre outras, são as seguintes:

a.1) zelar para que o objeto da contratação seja fielmente executado conforme o ajustado no contrato;

a.2) anotar em documento próprio as ocorrências;

a.3) determinar a correção de faltas ou defeitos;

a.4) aplicar ao contratado as sanções administrativas de sua competência;

a.5) encaminhar à autoridade superior as providências cuja aplicação ultrapassem o seu nível de competência, etc.

Prazo de Execução/Entrega do Objeto: Estabelecer o prazo de execução do serviço ou de entrega do bem.

Sanções Administrativas:

a) Estabelecer as sanções aplicáveis ao fornecedor para o caso de inadimplemento. b) Estas sanções serão levadas para o edital e contrato, portanto, deve-se procurar ajuda do jurídico antes de finalizar o texto, a fim de evitar sanções que não possam ser aplicadas.

c) Por fim, alertamos que a elaboração do projeto básico ou termo de referência de forma planejada, conforme as recomendações constantes neste manual, com todos os seus elementos enunciados de forma clara e precisa, não é garantia absoluta de uma contratação bem sucedida, ou seja, que atinja os resultados que a Administração espera.

d) Todavia, a probabilidade de sucesso é proporcionalmente maior quanto melhor o documento estiver elaborado.

7.2.9 Do Manual de Faturamento

Logo da unidade	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
	FATURAMENTO				
	Código:	Data	Data Revisão:	Revisão:	Página:

	POP. FAT.001	Elaboração :		000	xx

Objetivo:

O procedimento tem como objetivo regulamentar os processos de Faturamento, realizado pelo Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**)

Aplicação:

Este procedimento aplica-se às rotinas do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado -**HERSO**.

Definições:

Faturamento é a cobrança do serviço prestado, através de documento devidamente reconhecido, preenchido e assinado pelo usuário do serviço e o prestador do serviço. A rigor, em sentido literal, faturamento é a atividade de emitir faturas.

Descrição Detalhada das atividades:

Faturamento de Internação / Tratamento Clínico –SUS

- Ao receber o protocolo do departamento de Enfermagem, os Laudos para Emissão de AIH preenchidos em duas vias. No caso de Laudos para Emissão de AIH inicial e renovação, após 45 dias de internação, os laudos devem estar com nome do médico autorizador e número da senha (cota direta), requeridos através do site do Órgão Regulador no momento da admissão do paciente.
- O analista de Faturamento deve verificar se o preenchimento foi feito de maneira adequada e de forma completa, se não houve rasuras ou erros no preenchimento.
- Levantar os laudos não conformes e devolvê-los ao departamento de Enfermagem para efetuar as devidas correções.
- Listar os Laudos para Emissão de AIH com data de internação, altas, procedimentos e submetê-los à análise do médico autorizador/ regulador designado pela SMS

(Secretaria Municipal de Saúde) para autorização.

- Os laudos para emissão de AIH deverão ser encaminhados pelo departamento de faturamento para autorização em até 24 horas após admissão do paciente.
- Receber os laudos para emissão de AIH devidamente autorizados pela SES.
- Manter os Laudos de AIH autorizados de pacientes internados em pasta específica no setor de Faturamento.
- Receber da SMS listagem de AIH com numeração do sequencial para faturamento.
- Digitar os dados da internação levantados na versão atualizada do sistema de informática e/ou programa SISAIH.
- Emitir relatório de inconsistências, corrigir os erros apontados e gerar as AIH em meio magnético.
- Salvar dados em pen-drive, junto aos dados das AIH, gerando relatório e capa de lote da respectiva fatura.
- Entregar pen-drive na SMS e capa de lote assinada e carimbada.
- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento Mensal, constando o valor total faturado referente às Internações SUS para disponibilização em meio eletrônico ao Analista de Faturamento e Diretor Administrativo Financeiro.
- Obter junto à SMS, os relatórios das AIH aprovadas e rejeitadas.
- Identificar as AIH glosadas com os respectivos motivos de glosa, providenciando a regularização, se passível de correção.
- Acompanhar junto à SMS a divulgação dos valores a serem pagos.

Faturamento Ambulatorial de Média Complexidade:

- Ao receber do serviço de atendimento via protocolo, as guias ambulatoriais para faturamento referentes aos exames realizados.
- Verificar quantidade e valor total dos procedimentos de média complexidade digitados e confrontar com o teto físico e financeiro estipulado pela SES.
- Digitar os dados da internação levantados na versão atualizada do sistema de informática e/ou programa SISAIH.
- Emitir relatório de inconsistências, corrigir os erros apontados e gerar as AIH em meio magnético.
- Encaminhar o CD contendo os procedimentos de média complexidade à Secretaria Estadual de Saúde com a capa de lote correspondente devidamente assinada e

carimbada.

- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento constando os valores da fatura dos procedimentos de média complexidade para disponibilização em meio eletrônico ao Diretor Administrativo Financeiro e Diretor Geral.
- Obter junto à SES, mensalmente, a síntese dos procedimentos de média complexidade apresentados e identificar os procedimentos a serem pagos e os valores glosados e seus respectivos motivos de glosas, providenciando a sua regularização, se passível de correção.
- Reapresentar os procedimentos glosados com as correções necessárias.
- Acompanhar pagamentos das reapresentações/revisões através da síntese de pagamento.
- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento.

Descrição de Materiais:

Computador ligado a internet e papelaria em geral.

Responsabilidade:

Atividade	Autoridade	Responsabilidade
Faturar procedimentos do	Diretor Administrativo Financeiro	Analista de Faturamento

Quando executar:

É executado todo início de mês com o fechamento da competência anterior.

Registros:

- Relação de AIH´S a serem faturadas;
- Planilha de faturamento mensal com valores;
- Relatório de faturamento de BPA;

- Prévia dos valores apurados hospitalares;
- Sínteses com as aprovações e rejeições. Todos arquivados sobre a responsabilidade do setor de faturamento.
- Diálise

Ações de Não conformidade:

Correção na digitação dos laudos de internação após a consistência de dados pelo sistema.

Considerações Gerais:

Informações importantes para execução do procedimento que não foram abordados nos itens anteriores.

Referencias Normativas/Bibliográficas:

Fatura medica, Cursos e Apostilas de Faturamento.

7.2.10 Rotinas do Setor de Faturamento

Rotina para os analistas faturistas quando do recebimento do prontuário físico, juntamente com a AIH. Os prontuários físicos são disponibilizados diariamente pelos revisores de prontuários, os quais possuem um prazo de até dois meses, após a alta do paciente, para fazer esta entrega:

- Verificar se o nome e o número de registro geral hospitalar (RG) do paciente, que constam na capa do prontuário físico, estão de acordo com laudo de AIH inicial anexado a ele;
- Abrir prontuário físico, verificar a data de internação, se está de acordo com a data do laudo de AIH, verificar se o arquivamento está em ordem cronológica e se está com todos os documentos, conforme checklist, anexo ao prontuário físico; caso negativo, devolver prontuário à equipe de revisão de prontuários para o correto arquivamento;
- Verificar se houve cirurgia(s) e conferir com as AIH(s) anexas ao prontuário físico, se está em conformidade; se não, entrar em contato com a equipe do SUS fácil e solicitar as AIHs faltantes;

- Colocar em um rascunho a data de internação (entrada e saída) e separar as contas, se houver mais de um laudo de AIH principal, por data, como por exemplo: paciente internou em 1º/6/2023 para fazer uma cirurgia (AIH inicial) e teve uma intercorrência, uma nova cirurgia (AIH subsequente) em 5/6/2023, colocar data da primeira conta: 1º/6/2023 a 5/6/2023 e data da segunda conta: 5/6/2023 até a data da alta. Lembrando que a data final da primeira conta será a data inicial da segunda conta e assim por diante.
- Verificar no sistema MV PACS se existem procedimentos especiais realizados durante a internação, como por exemplo: tomografia, ressonância, ultrassonografia, ecocardiografia, cateterismo, arteriografia, entre outros.
- Na dúvida, se o procedimento é principal, especial ou secundário, pesquisar no SISREG.
- Verificar no sistema INFO LAB se existem exames de procedimentos secundários realizados durante a internação, como por exemplo: hemograma, PCR, creatinina, ureia, entre outros.
- Na dúvida, se o procedimento é principal, especial ou secundário, pesquisar no SISREG.
- Colocar no rascunho procedimentos especiais e secundários separados por data;
- Ler descrição cirúrgica e verificar se houve o uso de material especial, como por exemplo: marcapasso, stents, tela de Marlex, placa, parafuso, entre outros
- Ler descrição cirúrgica e verificar se houve o uso de material especial, como por exemplo: marcapasso, stents, tela de Marlex, placa, parafuso, entre outros
- Quando for lançar diárias de acompanhantes, diminuir na contagem as diárias de UTI e UCI (Unidade de Cuidados Intermediários), pois essas unidades não permitem acompanhantes. Quando houver internação com mês de entrada diferente do mês de saída, lançar procedimentos separados
- Analisar prescrição médica, se houve instalação de sonda nasoenteral, administração de dieta enteral, dieta parenteral ou alguma administração de medicamentos que constam na tabela SIGTAP como especiais, como por exemplo: Agrastat e/ou Cloridrato de Tirofibana, Surfactante, Albumina, Alteplase, entre outros e acrescentar no rascunho com respectivas datas de administração e quantidade;
- Somente ler evolução de enfermagem se surgirem dúvidas em relação a datas e procedimentos realizados durante a análise;
- Após analisar o prontuário, transferir dados do rascunho para o Laudo;
- Retirar do prontuário físico Sumário de Alta do paciente e preencher com código de saída, conforme Manual do SUS, assinar, datar e codificar com 9999999-4 se houver

uso de material especial e colocar código dos procedimentos secundários:

- Após preencher o sumário de alta, conforme acima, colocar segunda via (cópia do sumário de alta) no final da internação no prontuário físico do paciente. Fazer um sumário de alta para cada AIH existente;
- Conferir, diariamente, notas fiscais (NF) no Chat TEAMS com a equipe do Setor de Abastecimento Farmacêutico e Suprimentos (SAFS) e verificar, antes de anexar a conta, se as notas fiscais estão de acordo com o laudo de pedido de OPME (órtese, prótese e materiais especiais);
- Caso não estejam disponibilizadas no ***chat Teams***, anexar lembrete "***FALTA NOTA FISCAL",*** no sumário de Alta do paciente e seguir o fluxo normal. Conferir diariamente se a NF já foi disponibilizada para anexar a conta, pois o prontuário físico, juntamente com a conta hospitalar do paciente, após passar pelo médico do HC, irá voltar para o analista faturista anexar a NF faltante e finalizar a conta para ser disponibilizado para o médico da SMS.
- Verificar se procedimento principal, que consta no laudo de AIH, é procedimento de Alta Complexidade, se sim, colocar "AC" no Sumário de Alta;
- Montar a conta hospitalar, conforme sequência abaixo:

  1) Sumário de Alta;
  2) AIH (Autorização de Internação Hospitalar);
  3) Laudo para solicitação/autorização de mudança de procedimento e de procedimento(s) especial(ais); se houver
  4) Laudo de solicitação de OPME; Se houver
  5) Notas fiscais. Se houver 20. Grampear todas as folhas, na ordem citada acima;

- Verificar na planilha "Controle de Mudança de Procedimentos", quais médicos, do HC e SMS, analisaram a conta e escrever, a lápis, o nome de cada um no Sumário de Alta, no canto superior direito;
- Inserir produção na planilha de análise de prontuários, diariamente;
- Anexar com clips a conta hospitalar ao prontuário físico do paciente e colocar na mesa para os médicos faturistas analisarem as contas.

7.2.11 Normas do Setor de Faturamento

Todos os colaboradores do setor de faturamento deverão seguir as normas abaixo descritas:

- O uso de uniforme e crachá é obrigatório
- Desenvolver o trabalho seguindo as orientações da chefia imediata e orientações já definidas.
- Manter o setor em ordem e preservar a limpeza;
- Não é permitida a permanência de pessoas estranhas no setor de faturamento;
- O escriturário terá como obrigação a entrega do prontuário completo ao setor de faturamento;
- O quadro funcional do setor terá como obrigação à execução da fatura para cobrança do paciente junto aos convênios ou quando se tratar de particular.

7.2.12 Manual Da Gestão de Custos

O Programa Nacional de Gestão de Custos – PNGC é um programa do Ministério da Saúde que se iniciou em 2006. Trata-se de um conjunto de ações que visam promover a gestão de custos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da elaboração, do aperfeiçoamento e da difusão de informações relevantes e pertinentes a custos, utilizadas como subsídio para otimização do desempenho de serviços, unidades, regiões e redes de atenção em saúde do SUS.

No **HERSO** haverá o setor responsável pela confecção e cobrança das contas dos pacientes, dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares com ênfase a gerir as questões de faturamento a serem compatibilizadas com as ações de uma unidade de saúde pública estadual.

À Gerência de Custos do **HERSO**, unidade orgânica de execução, diretamente subordinada à Diretoria Administrativa, compete:

- Gerenciar o processo de implementação da Gestão de Custos no **HERSO**, de acordo com as legislações vigentes;
- Apoiar e orientar as unidades nos processos apuração de custos dos serviços e analisar as informações produzidas;
- Prover as informações relacionadas aos custos dos serviços com ênfase na regionalização da saúde, quando pertinente;
- Monitorar e analisar as informações de custos do **HERSO;**
- Elaborar estudos em economia da saúde para processos decisórios quanto a aplicação de recursos;

- Executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

Objetivo:

- Este manual tem como objetivo descrever as atividades, normas e políticas que compõe a Gestão Financeira do INSV na Gestão do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado **(HERSO),** tendo como função básica:
- Assegurar adequada execução financeira, possibilitando aumento da eficiência operacional e reduzindo os riscos associados à movimentação financeira;
- Manter o controle das operações financeiras, garantindo assim o pleno funcionamento da instituição e a satisfação dos clientes internos e externos; sempre observadas as legislações a que a instituição deve obedecer.

Responsabilidades:

- Todas as atividades e políticas aqui demonstradas apresentam princípios orientadores básicos, não abordando todas as situações extraordinárias possíveis.
- Será de responsabilidade de alta e média gestão e de todos os colaboradores do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado **HERSO** e do INSV o conhecimento das atividades da Gestão Financeira, entender os processos, normas e políticas existentes.
- A Diretoria Geral, Técnica e Administrativo/Financeira, deverá atuar e orientar todos os funcionários e colaboradores terceirizados, em todos os níveis hierárquicos, com vistas à conduta ética e respeito aos valores do INSV regulamentos e à legislação vigente.
- Os gestores e funcionários deverão atuar de forma alinhada, em coordenação técnica e funcional com as normas, políticas e procedimentos divulgados. Toda comunicação por e-mail deve sempre ser realizada pelo e-mail institucional do INSV

Políticas Gerais:

- As atividades de Acompanhamento de Gestão Financeira são baseadas na ética e na defesa dos interesses do INSV e no cumprimento das normas definidas pelos Conselhos de Administração e Fiscal do instituto.
- O INSV deverá assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais dos

funcionários e prestadores de serviço portadores de toda e qualquer necessidade especial, estabelecendo mecanismos e disponibilizando ferramentas que assegurem à pessoa o pleno exercício de suas funções e seus direitos básicos, decorrentes da Constituição e das leis, propiciando seu bem-estar pessoal e social. Além disto, deverá garantir o respeito às pessoas portadoras de necessidade especial, que devem receber igualdade de oportunidades na sociedade por reconhecimento dos direitos que lhe são assegurados.

- Apresenta-se abaixo os principais termos técnicos e expressões necessários ao bom entendimento deste manual:

I. Documento de Origem: É o recibo, a nota fiscal ou qualquer outro documento (papel), emitido pela unidade ou pelo fornecedor, e que será cadastrado no departamento financeiro.

II. Documento Hábil: É o documento cadastrado no sistema que gera compromissos de pagamento ou de recebimento, podendo ser de previsão (Ordem de serviço/fornecimento, contrato, proposta de programação financeira, dentre outros) ou de realização (nota fiscal/ fatura, recibo, folha de pagamento, programação financeira aprovada, dentre outros).

III. Documento de Referência: É um documento hábil, cujos dados servirão de base para outro documento hábil, que, ao ser cadastrado, baixará os compromissos do primeiro no valor correspondente; ex.: o Contrato é um documento de referência para a Nota Fiscal de Pagamento. O primeiro documento gera compromissos de previsão que serão substituídos pelos compromissos do segundo, já líquidos e certos.

IV. Unidade Gestora Emitente: É a Unidade Gestora que cadastra o documento.

V. Emitente do Documento de Origem: É o CPF, CNPJ ou UG da entidade que emitiu o documento de origem.

VI. Situação: É a indicação do fato que está sendo registrado quando do cadastramento do documento hábil, determinando os eventos contábeis envolvidos. Por exemplo, a nota fiscal pode apresentar situações de despesas com serviço, com material, com obras e assim por diante.

VII. Unidade Gestora Emitente do Documento de Referência: É a Unidade Gestora que emitiu o documento de referência.

VIII. UG Pagadora/ Recebedora: É a unidade gestora responsável pelo pagamento/ recebimento dos compromissos gerados por um documento hábil de realização.

IX. Credor/ Devedor: Identifica a entidade credora do compromisso, em caso de documento de pagamento, ou devedora, em caso de documento de recebimento;

X. Dedução/ Encargos: corresponde às retenções de impostos e contribuições, aos descontos e também aos encargos da unidade relacionados ao documento hábil. As retenções e descontos são deduzidos do valor a pagar ao credor. Já os encargos são acréscimos e correspondem a despesas da unidade em decorrência do compromisso principal (ex. encargos patronais).

XI. Compromissos: são os valores a pagar ou a receber gerados a partir do cadastramento de um documento hábil.

Funções:

O setor de Faturamento é composto de técnicos especializados com conhecimentos de:

- Tipos de contratos, cláusulas, alterações, aditivos e outros;
- Tabelas de preços utilizadas pela unidade de saúde (tabela SIA-SUS); Contrato com os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento para o repasse dos serviços prestados.

Organização Área Física

Área Física:

Análise do Layout do setor em relação, ao fluxo do trabalho.

Equipamentos:

Pessoa e Chefia - Função - Qualidade - Horário de Trabalho - Formação do profissional.

Regimento:

- Sistema de Faturamento - Manual - Computadorizado - Próprio ou de Terceiros.
- Possui mapa demonstrativo de faturamento: receitas com SUS/ (diárias, taxas, mat/med., oxigênio, SADT, honorários médicos). Conciliação faturamento x recebido;

Média Geral de Faturamento SUS:

- Quadro comparativo mensal de faturamento desdobrado. Revisão do prontuário para cálculos de débitos.
- N° de atendimento ambulatoriais e exames autorizados aos pacientes externos através da FPO (Ficha de Programação Orçamentária). Observe teto físico e financeiro.
- Relação de contas pendentes: laudo em excesso, período de preferência. Relacionamento: contabilidade, tesouraria e faturamento.
- Verificar se foram cobrados todos os materiais e medicamentos usuais utilizados em determinados procedimentos.
- Verificar se todas as contas do mês são faturadas no próprio mês de competência. Verificar se existe padronização de materiais e medicamentos.
- Verificar se as requisições de mat./med. são feitas com base na prescrição médica carbonada por paciente.
- Verificar média de permanência.

Critérios de faturamento:

Procedimentos ambulatoriais realizados no **HERSO**

Consultas:

Verificar no preenchimento das guias:

1. Nome do paciente
2. Número de documento de identidade do paciente
3. Número do Cartão Nacional de Saúde
4. Data de nascimento do paciente
5. Assinatura do paciente
6. Nome do médico
7. Código do Médico
8. Especialidade Médica
9. Carimbos e Assinatura do Médico.

Observações:

Havendo mais de duas consultas no mês do mesmo paciente, deve haver justificativa. Deve haver coerência com a especialidade: pediatria não atende adulto, ginecologistas não atendem sexo masculino.

Pequeno Procedimento:

Verificar no preenchimento das guias:

1. Descrição do caso médico.
2. Tratamento proposto.
3. Código do serviço prestado.
4. Discriminação dos materiais e medicamentos utilizados.

Observações:

- Prazo de validade da guia deve ser observado;
- Tratamento proposto deve corresponder ao tratamento realizado;
- Justificar os procedimentos secundários não autorizados.

Exames:

Verificar no preenchimento das guias:

- Verificar indicação Clínica.
- Para exames especiais necessitando de autorização prévia, constar autorização.

Prontuário Médico:

É o conjunto de informações e documentos destinados ao registro com o paciente. É obrigatório o preenchimento correto no mínimo dos seguintes documentos:

- Prescrição médica diária assinada.
- Evolução clínica diária assinada.
- Relatório de enfermagem diário e assinado.
- Gráfico de temperatura e pressão arterial
- Exames complementares deverão ser anexados

O Prontuário Médico do Paciente deverá ser arquivado no **HERSO** conforme preconiza a legislação vigente.

Observações:

- Agrupar em ordem cronológica a folha de anamnese, evolução médica, balanço hídrico, relatório de enfermagem e exames;
- Verificar se não falta a preenchimento de material/medicamento indispensável ao procedimento.

7.2.13 Rotinas da Gestão de Custos

Cabe a À Gerência de Custos:

I - Gerenciar o processo de implementação da Gestão de Custos do **HERSO**, de acordo com as legislações vigentes;

II - Apoiar e orientar as unidades nos processos apuração de custos dos serviços e analisar as informações produzidas;

III - Prover as informações relacionadas aos custos dos serviços com ênfase na regionalização da saúde, quando pertinente;

IV - Monitorar e analisar as informações de custos do **HERSO**;

V - Elaborar estudos em economia da saúde para processos decisórios quanto a aplicação de recursos;

VI - Executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação Competência dos NGCs2

Aos Núcleos de Gestão de Custos - NGC, unidades orgânicas de execução, diretamente subordinadas às Gerências de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, compete:

I. Coletar, organizar, apurar e avaliar dados relacionados às despesas dos centros de custos;
II. Monitorar a produção e os custos dos serviços prestados relacionados à atividade produtiva da unidade;
III. Inserir os dados nos sistemas de informação de gestão de custos adotados;
IV. Realizar análises críticas dos dados e apontar inconformidades em despesa e produção;

V. Promover a troca de informações e a integração entre os núcleos de gestão de custos da região;
VI. Sistematizar a apuração de custos e disponibilizar a informação;
VII. Disponibilizar relatórios aos gestores regionais para subsidiar a tomada de decisão;
VIII. Executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

7.2.14 Normas da Gestão de Custos

A gestão de custos em saúde é uma importante ferramenta que gera informações que contribuem para o adequado aproveitamento de recursos, apoiando a tomada de decisão por parte do gestor. O conhecimento da dinâmica e da estrutura de custos em uma instituição permite a visualização dos fluxos internos dos insumos e a identificação de pontos críticos. A apuração de custos contribui, portanto, para a organização dos processos, melhor gerenciamento e aplicação dos recursos.

Custeio por Absorção é o gênero de custeio que atribui custos diretos, indiretos, fixos e variáveis aos produtos; atribui, também, despesas fixas de administração e de vendas. É denominado Custeio por Absorção porque, sob a sua ótica, os custos dos bens e serviços produzidos devem absorver, além dos custos variáveis, também os fixos e até os gastos fixos de administração geral.

Por que fazer o Custeio por Absorção?

- · É de fácil aplicação;
- · É a metodologia mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS;
- · A sua apuração é possível a partir da segmentação da instituição em centros de custos;
- · O sistema de custeio por absorção acompanha os custos e o desempenho da entidade e dos centros de custos;
- · Inspira maior confiança, pois apropria todos os custos aos produtos/serviços finais.

O Custeio por Absorção consiste na apropriação de TODOS os custos de produção aos bens elaborados. No Custeio por Absorção, metodologia utilizada pelo PNGC, chamamos de custos todos os gastos da unidade, ou seja, custo + despesa. Acontece em 3 estágios:

1º Estágio: os custos são acumulados, elemento a elemento, recurso a recurso, item a item nos respectivos centros de custos. Ocorre a alocação dos gastos diretos e indiretos dentro de um mesmo centro de custos com a finalidade de conhecer o custo direto total (CDT). Os

custos diretos são alocados a partir da completa identificação de sua utilização em um centro de custos específico. Os custos indiretos são alocados utilizando um critério de rateio, o qual é a base utilizada para alocar proporcionalmente os custos indiretos aos centros de custos, bem como de um centro de custos para outro.

2º Estágio: os valores são transferidos dos centros de custos administrativos e intermediários aos centros de custos finais. É a alocação do Custo Direto Total (CDT) dos centros de custos administrativos e intermediários aos centros de custos finais. O CDT, quando é transferido para os outros centros de custos, se transforma em Custo Indireto (CI) do centro de custos que o recebeu.

3º Estágio: os custos são transferidos dos centros de custos finais aos produtos. O terceiro estágio se configura pelo cálculo do custo médio dos produtos (de qualquer centro de custos que tenha seu produto definido e quantificado). É determinado o custo total (= CDT + CI) dos centros de custos finais, divide-se este custo total pela quantidade produzida pelos centros de custos no período.

CDT + CI / Quantidade Produzida = Custo Médio

8 INCREMENTOS DE ATIVIDADES

8.1 Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para Unidade

O **INSV** pretende-se oferecer nesse modelo de gestão a ampliação de alguns serviços existentes do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**), bem como a implantação de novos serviços para melhor atendimento dos usuários dos serviços hospitalares.

Dentre as melhorias podemos citar:

I - Realizar parcerias e convênios com outras instituições para fomentar as pesquisas na área da saúde. Atualmente, não há forte incentivo à pesquisa do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**) propomos convênios com instituições como a Fundação de Amparo à Pesquisa de Goiás (FAPEG);

II - Oferecer no ambulatório, além de consultas especializadas já previstas, atendimento multiprofissional das seguintes áreas: fisioterapia e odontologia;

III - Implantar do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado **HERSO**, uma biblioteca (centro de estudos) para atendimento dos colaboradores bem como dos estudantes dos programas de residência, internatos e estágios;

IV – Implantar uma Central Humanizada de Internações (CHI) para assegurar o acolhimento adequado dos pacientes atendidos no hospital.

O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado **HERSO**, idealizará, coordenará e efetivará atividades voltadas para a educação, o acolhimento, as relações interpessoais, o estímulo à arte e o entretenimento. A maioria das ações será desenvolvida ao Longo do ano, em datas comemorativas, em parceria e em sintonia com os diversos setores do hospital. Por meio de tais ações, a equipe de Humanização visa suavizar a dor vivenciada pelo paciente em épocas especiais. Dentre as estratégias de ressocialização dos pacientes atendidos e/ou internados do **HERSO**, podemos citar algumas ações de humanização, tais como:

8.1.1 Implementação de Serviço de Cuidados Paliativos – **HERSO**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002,

> "*Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais*" (WHO, 2002).

Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença. Apesar da conotação negativa ou passiva do termo, a abordagem e o tratamento paliativo devem ser eminentemente ativos, principalmente em pacientes portadores de câncer em fase avançada, onde algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico são essenciais para alcance do controle de sintomas. Considerando a

carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, faz-se necessária a adoção precoce de condutas terapêuticas dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente frente a sua situação de incurabilidade.

A abordagem dos Cuidados Paliativos para o câncer do colo do útero segue os princípios gerais dos Cuidados Paliativos, que são:

- Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas.
- Reafirmar vida e a morte como processos naturais.
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente.
- Não apressar ou adiar a morte.
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente.
- Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte.
- Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

Cuidados paliativos evocam um conceito e uma prática em saúde que vem se consolidando nos maiores núcleos hospitalares do Brasil e do mundo.

É um conceito na medida em que propõe uma série de procedimentos que visam o dinamismo da produtividade hospitalar, como:

a) a diminuição de gastos com medicamentos e internações;
b) a justificativa social do trabalho perante a comunidade;
c) a titulação de referência em qualidade e humanização;
d) a agilização dos protocolos institucionais e

e) o intercâmbio com a comunidade científica. Conceito que tem por efeito imediato o melhor, mais justo e correto atendimento ao paciente em terminalidade.

É uma prática quando conclama os profissionais ao exercício da interdisciplinaridade, visando o suporte terapêutico ao paciente em seus variados aspectos e necessidades: medicina, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, enfermagem, terapia ocupacional, nutrição,

entre outros. Essa atuação conjunta possibilita ao paciente a dignificação de seu estado terminal.

Cuidados Paliativos

Definição

Em síntese, é o atendimento transdisciplinar para pessoas acometidas por doenças graves, com pouca ou nenhuma possibilidade de cura ou reversão. Está focado em fornecer aos pacientes: alívio dos sintomas, da dor e estresse, assistência em tarefas diárias, treinamento e conscientização de familiares para que atuem como extensão da equipe. O objetivo é melhorar a qualidade de vida tanto para o paciente quanto para a família, tornando possível uma compreensão do processo enfermiço para que seu desdobrar se dê de forma segura e com menor incidência de incômodos para o paciente. Ou seja, aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida.

Fundamentação

A Comissão tem como fundamento:

I. Constituição Federal

Artigo 1º, inciso III – consagra o princípio da dignidade da pessoa humana;

Artigo 5º, inciso III – estabelece que "ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante".

II. Código de Ética Profissional

Parágrafo único: Serão respeitados os princípios éticos e legais de todas as profissões atuantes nessa Comissão.

III. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Princípios

- Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências.
- Reafirmar vida e a morte como processos naturais.
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente.
- Não apressar ou adiar a morte.
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente.
- Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte.
- Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

Pontos fundamentais

- A unidade de tratamento compreende o paciente e sua família.
- Os sintomas do paciente devem ser avaliados rotineiramente e gerenciados de forma eficaz através de consultas frequentes e intervenções ativas.
- As decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser feitas com base em princípios éticos.
- Os cuidados paliativos devem ser fornecidos por uma equipe interdisciplinar, fundamental na avaliação de sintomas em todas as suas dimensões, na definição e condução dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, imprescindíveis para o controle de todo e qualquer sintoma.
- A comunicação adequada entre equipe de saúde e familiares e pacientes é a base para o esclarecimento e favorecimento da adesão ao tratamento e aceitação da proximidade da morte.

Equipe de Cuidados Paliativos

O tratamento em Cuidados Paliativos deve reunir as habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela

doença, e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para o paciente e seus familiares

Esta mesma equipe deverá estar em constante processo de educação continuada e promover a propagação do conhecimento, condutas e práticas paliativas a todos os profissionais hospitalares, pacientes e familiares.

A equipe é formada sob uma perspectiva multidisciplinar, envolvendo, basicamente, médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e nutricionistas. Todos, uma vez selecionados, são submetidos a um treinamento específico na filosofia e prática da paliação, ampliando a visão para-além da doença, abrangendo os aspectos físicos, psíquicos, espirituais, cognitivos e afetivos.

O primeiro desafio é transformar a equipe multidisciplinar em uma equipe interdisciplinar, onde as diversas ciências estabeleçam um diálogo igualitário e compartilhem da responsabilidade pelo bem estar do paciente. A equipe interdisciplinar passará novamente por outro treinamento, desta vez dirigido à especificidade das áreas envolvidas. Os conhecimentos adquiridos pelos profissionais no percurso de suas formações passam a ser distribuídos entre os membros, propiciando ferramentas para compreensão e intervenção. É quando a equipe passa a ser transdisciplinar.

Além do foco no paciente, a equipe também atua junto aos familiares, possibilitando a estes uma compreensão da trajetória da doença, preparando-os e adaptando-os para que possam dar o suporte necessário ao paciente nos períodos compreendidos entre as visitas da equipe.

Composição

A comissão terá os seguintes Membros:

- 1 Diretor Técnico Médico e especializado em Cuidados Paliativos;
- 1 Assistente Social;
- 1 Enfermeiro;
- 1 Fisioterapeuta;
- 1 Psicólogo;
- 1 Capelão;

Plano Operacional Para Implementação

O recurso inicial para implantação de um serviço de Cuidados Paliativos é a equipe multiprofissional especializada e a formação de todos os funcionários da instituição em níveis compatíveis com cada setor e função de colaboração no hospital.

Após o período inicial de treinamento da equipe e formação da mesma, iniciar-se-ão as medidas efetivas dos objetivos dos cuidados paliativos e o cumprimento das expectativas em resultados almejados:

a) Treinamento dos funcionários de todos os setores do hospital em Cuidados Paliativos;
b) Implementação de rotinas e Inter consultas com a equipe multiprofissional;
c) Protocolos de encaminhamento de pacientes para o serviço de Cuidados Paliativos;
d) Acompanhamento das rotinas de prescrição diária de todos os setores de internação do hospital onde tenha paciente em Cuidados Paliativos;
e) Formatação de um curso extensivo e multidisciplinar em Cuidados Paliativos para formação de profissionais externos, com consequente arrecadação monetária para a instituição (ressalvados os valores pagos aos professores e profissionais convidados a ministrar aulas);
f) Desenvolvimento de produção científica na área de Cuidados Paliativos;
g) Criação de grupos de familiares, cuidadores e pacientes com temas variados: luto e terminalidade, apoio psicológico e assistência social;
h) Promoção da melhoria na qualidade de vida dos pacientes com todas essas medidas;
i) Adequação do hospital aos índices de qualidade de atendimento de acordo com as instituições nacionais e internacionais de Cuidados Paliativos e ao Ministério da Saúde;
j) Integração do paciente e família ao hospital e aos outros programas já existentes na instituição através da satisfação em atendimento e cuidados ao fim da vida.

Benefícios Para o Hospital

a) Indubitavelmente um dos mais importantes benefícios é a desobstrução do fluxo hospitalar. Com a queda considerável do índice de internações em enfermarias e UTIs, o hospital poderá promover uma maior rotatividade de pacientes.

b) Os gastos elevados com as internações em UTI, onde são utilizados medicamentos caros e desnecessários ante a terminalidade, serão reduzidos drasticamente.

c) O hospital será mais bem qualificado como instituição de baixa mortalidade e alta qualidade em atendimento.

d) Os pacientes receberão atendimento adequado ao estágio evolutivo de sua enfermidade.

e) A família será instruída e convocada ao auxílio do paciente.

f) A comunidade será beneficiada com o atendimento personalizado, melhorando a atual imagem negativa do hospital.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

ATIVIDADES	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
CRIAÇÃO DA COMISSÃO E REGIMENTO INTERNO	X												
CURSO DE FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	X	X	X										
TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL			X	X	X								

Implementação de rotinas e interconsultas com a equipe multiprofissional			X	X	X							
Protocolos de encaminhamento de pacientes para o serviço de Cuidados Paliativos;			X	X	X							
Adequação do hospital aos índices de qualidade de atendimento de acordo com as instituições nacionais e internacionais de Cuidados Paliativos e ao Ministério da Saúde;					X	X	X	X	X	X	X	X

8.1.2 Projetando Ciência no **HERSO**

Esse projeto visa padronizar os instrumentos de projetos na unidade **HERSO**, para isso oferecera permanentemente cursos de capacitação para equipe na elaboração de projetos. Desta forma apresentamos abaixo o modelo validado de estrutura:

SUMÁRIO

1. JUSTIFICATIVA..... 3

2. OBJETIVOS:..... 4

2.1. GERAIS..... 4

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS..... 4

3. METODOLOGIA.....5

4. BIBLIOGRAFIA..... 7

Livros: 7

1. JUSTIFICATIVA

(POR QUE FAZER?)

Consiste na apresentação, de forma clara, objetiva e rica em detalhes, das razões de ordem teórica ou prática que justificam a realização da oficina.

- A relevância social para a UNIDADE DE SAÚDE na oferta da respectiva oficina;
- As contribuições que oficina pode trazer para a qualificação profissional dos colaboradores da UNIDADE DE SAÚDE;

2. OBJETIVOS:

2.1. GERAIS

(VAI BUSCAR O QUÊ?)

- A apresentação dos objetivos varia em função da natureza do projeto;
- Apresentam-se os objetivos de forma geral e específica;
- O objetivo geral define o que o projeto (oficina) pretende atingir com sua realização;

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Os objetivos específicos definem etapas do trabalho a serem realizadas para que se alcance o objetivo geral. Podem ser: exploratórios, descritivos e explicativos. Utilizar verbos para iniciar os objetivos:

- Exploratórios (uso dos verbos: conhecer, identificar, levantar, descobrir)
- Descritivos (uso dos verbos: caracterizar, descrever, traçar, determinar)
- Explicativos (uso dos verbos: analisar, avaliar, verificar, explicar)

3. METODOLOGIA

(COMO FAZER?)

- Descrever sucintamente como será a realização da capacitação;
- Delimitar dos recursos materiais e humanos necessários para realização da capacitação;
- Listar os produtos e metas alcançadas na capacitação.

4- CRONOGRAMA

(EM QUANTO TEMPO FAZER?)

A elaboração do cronograma responde à pergunta quando? A capacitação deve ser dividida em partes, fazendo-se a previsão do tempo necessário para passar de uma fase a outra. Não esquecer que há determinadas partes que podem ser executadas simultaneamente enquanto outras dependem das fases anteriores. Distribuir o tempo total disponível para a realização da oficina, incluindo nesta divisão a sua apresentação gráfica.

MES/ETAPAS	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês
Escolha do titulo										

Levantamento das necessidades (materiais e humanas)	X	X	X							
Elaboração do projeto de oficina		X								
Aprovação projeto				X						
Inscrição no projeto de oficina		X	X	X	X					
Realização do projeto de oficina				X	X	X				
Analise da eficiência do projeto						X				

4. BIBLIOGRAFIA

(QUAL O MATERIAL BIBLIOGRÁFICO UTILIZADO?)

- A bibliografia utilizada no desenvolvimento do projeto da capacitação;
- A bibliografia básica (todo material coletado sobre o tema: livros, artigos, monografias, material da internet, etc.)
- As referências bibliográficas deverão ser feitas de acordo com as regras da ABNT NBR 6023/2002. Atenção para a ordem alfabética.
- Na bibliografia final listar em ordem alfabética todas as fontes consultadas, independentemente de serem de tipos diferentes. Apenas a título de exemplo, a

seguir, veja como citar alguns dos tipos de fontes mais comuns:

Livros:

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 2. ed. SP: Atlas, 1991.

LAKATOS, Eva e Marconi, Marina. Metodologia do Trabalho Científico. SP: Atlas, 1992.

RUIZ, João Álvaro. Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos. 4. ed. SP: Atlas, 1996.

Artigos de revistas:

AS 500 maiores empresas do Brasil. Conjuntura Econômica. Rio de Janeiro. v. 38, n. 9, set.1984. Edição Especial.

TOURINHO NETO, F. C. Dano ambiental. Consulex. Brasília, DF, ano 1, n. 1, p. 18-23, fev. 1997.

Material da Internet

SÃO PAULO. (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Tratados e organizações ambientais em matéria de meio ambiente. In: Entendendo o meio ambiente. São Paulo,1999. v. 1. Disponível em: <http://www.bdt.org.br/sma/entendendo/atual.htm> . Acesso em: 8 mar.1999.

SILVA, M.M.L. Crimes da era digital. NET, Rio de Janeiro, nov.1998.Seção Ponto de Vista. Disponível em <http://www.brasilnet.com.br/contexts/brasilrevistas.htm> Acesso em: 28 nov.1998.

8.1.3 Da Proposta do Projeto de Educação Permanente Individualizada para o Estabelecimento de Saúde

Siglas

- **DEPE** – Departamento De Educação Permanente;
- **HERSO** – Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir

Faleiros Machado;

- **PNEPS** – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- **PAREPS** – Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; **SUS** – Sistema Único de Saúde;
- **PAC** – Plano Anual de Capacitação;
- **OC** – Órgão Certificador;
- **EAD** – Educação a Distância;
- **POP** – Procedimento Operacional Padrão

Apresentação

O Plano Anual de Capacitação do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado– **HERSO**, caracteriza-se como instrumento base para desenvolvimento dos servidores estatutários, colaboradores celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados. Trata-se de uma forma de atender aos propósitos estratégicos, possibilitando a manutenção das competências científicas, técnicas e atitudinais necessárias para que todos desenvolvam, implementem e executem suas atividades com segurança e qualidade.

Justificativa

As crescentes demandas da sociedade frente ao poder público têm exigido servidores cada vez mais qualificados e maior articulação política entre poder público e usuários. Neste contexto, as ações que integram o Plano Anual de Capacitação buscam identificar e analisar as dificuldades enfrentadas por este público para o propor, desenvolver e monitorar novos conhecimentos, práticas e posturas na gestão pública, justificando a estruturação e implementação do Plano Anual de Capacitação, para a promoção de aprendizagem institucional e individual, possibilitando a provisão de serviços públicos de excelência com base na cientificidade das ações e gerando a satisfação da sociedade no atendimento de suas necessidades de saúde.

Objetivo Geral

Estabelecer diretrizes para as ações de capacitação direcionadas ao desenvolvimento profissional e contínuo dos servidores estatutários, colaboradores celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados no **HERSO**, estimulando os profissionais para que sejam multiplicadores do conhecimento em busca da troca de experiência e aquisição de conhecimento, com vistas à excelência e cientificidade do atendimento e satisfação dos cidadãos usuários do SUS.

Objetivo Específico

- Aprimorar e consolidar as competências necessárias para atuação dos profissionais da área da saúde no processo de formulação e implementação das políticas públicas de saúde voltadas a urgência e emergência;
- Promover ações de capacitação direcionadas ao desenvolvimento profissional e contínuo dos colaboradores estatutários, celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados;
- Provocar os profissionais a serem multiplicadores de conhecimento em busca da troca de experiência e da melhoria da qualidade de vida no trabalho.
- Integrar os colaboradores assistenciais com docentes e discentes dos programas de residência médica, multiprofissional e uni-profissional, assim como, de estagiários em processo de formação, e colaboradores diretos e indiretos na unidade **HERSO**.

Meta

Realizar todos os treinamentos obrigatórios, atendendo o que está estabelecido na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde. Realizar, no mínimo, 70% das capacitações de acordo com o Plano Anual de Capacitação como, também, atender as demandas sazonais apresentadas pela Comissão de educação permanente e da SESG/SES contribuindo para o desenvolvimento de aproximadamente de 3.200 colaboradores até dezembro de 2023.

Público Alvo

O Plano Anual de Capacitação será destinado aos servidores estatutários, colaboradores celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados que fazem parte desta Unidade Hospitalar – **HERSO**.

Local Realização

Prioritariamente nas salas de aula da COREME/COREMU e auditório e, também, na própria estação de trabalho do colaborador no **HERSO** (online).

Metodologia

As capacitações serão realizadas no formato (*online* e presencial) com local a definir de acordo com a necessidade da ação, ou seja, terá direito através de portaria da diretoria administrativa uma carga horaria diária, durante o período de inscrição ao curso e/ou evento de capacitação sobre o controle direto da coordenação do setor e acompanhamento do DEPE (departamento de educação permanente), cujo setor está encarregado de organizar, executar, certificar e monitor o desempenho após a capacitação ofertada.

Todos os indicadores de desempenho serão executados pelos coordenadores direto do setor e acompanhados pelo setor do NEPE/RH/QUALIDADE e disponibilizados via SIGUS para controle SESG/GO.

Plano Anual de Capacitação

O que será feito? Planejamento das ações a serem desenvolvidas,

Quando será feito? Outubro de 2023, até enquanto estiver o contrato de Gestão vigente com o parceiro publico

Onde será feito? Na unidade com a equipe da unidade em todos os seus setores, através de encontros da comissão de educação permanente e ou demandas espontâneas

Como será feito? Planejada pelo setor demandante com o departamento de educação permanente que será implantado na unidade **HERSO**.

Custo? S/N

Processo de Educação, Treinamento e Desenvolvimento

Introdução

A Unidade Hospitalar do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – **HERSO** têm como visão ser referência em resolubilidade terapêutica hospitalar, tornando-se um padrão de excelência em atenção hospitalar, conciliando os objetivos com o a humanização na prestação de serviço, sem perder de vista a especificidade das necessidades de seus usuários.

Embora o foco principal seja o tratamento e a assistência, a unidade investirá na conscientização dos colaboradores para o reconhecimento de pacientes e acompanhantes como clientes. Desta forma o estímulo à colaboração, trabalho em equipe e compartilhamento de conhecimento individual a fim de se transformar em conhecimento institucional, constituem um grande desafio e para isso o Departamento de Educação Permanente – DEPE, elabora um Plano de Educação Continuada (PAC) que será apresentado ao setor de Recursos Humanos, tendo como fundamento a avaliação de experiência, de desempenho, entrevista de desligamento, orientações de conduta e advertência, que evidenciam deficiências técnicas e comportamentais dos profissionais.

A busca incessante pelo alcance dos resultados pressupõe que as pessoas trabalhem de forma harmoniosa, felizes, motivadas e, sempre compreendendo que o crescimento da instituição é alcançado naturalmente com o crescimento de suas competências individuais.

Objetivo Geral

Educar, formar e desenvolver os colaboradores a fim de prepará-los para o enfrentamento de novos e maiores desafios com objetivo do alcance dos resultados organizacionais.

Objetivo Específico

- Promover a constante disseminação dos valores organizacionais;
- Desenvolver uma cultura voltada à gestão de pessoas aliada à excelência dos serviços

e ao foco nos resultados;

- Garantir o número necessário de pessoas com o perfil adequado para o plano de crescimento;
- Estimular o desenvolvimento contínuo das equipes para a promoção da humanização no atendimento como forma de garantir a missão da organização.

A aplicação desse Programa de Qualificação não assegura, por si só, a qualificação do colaborador, fornecedor e ainda a inexistência de falhas. A aceitação dos resultados de avaliações, credenciamentos, seleções, e eventual certificação de terceira parte, são responsabilidades inerentes às empresas compradoras e contratantes.

Treinamentos Técnicos

São aqueles voltados para capacitação dos colaboradores tendo como objetivo desenvolver habilidades específicas, técnicas e gerais. São desenvolvidos treinamentos de atendimento, higiene pessoal, segurança e medicina do trabalhador, informática, primeiros socorros, paradas cardiorrespiratórias, administração de medicamentos, esterilização, curativos, etc.

Treinamentos Comportamentais

Visam atender às necessidades de atualização e desenvolvimento das competências essenciais, identificadas e alinhadas a partir do direcionamento estratégico da organização. São desenvolvidos treinamentos de relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, motivação, marketing pessoal, ética, liderança, etiqueta corporativa.

Programa de Desenvolvimento Gerencial

Visa atender às necessidades de desenvolvimento das competências para o melhor desempenho das atividades gerenciais.

8.1.4 Política de Qualificação de Fornecedores

Objetivo Geral

Definir e divulgar os critérios necessários para qualificação dos fornecedores no fluxo de aquisição de materiais e contratação de serviços.

Objetivo Específico

- Avaliar se um fornecedor possui capacidade para atender aos requisitos do Sistema de Gestão, por meio de visitas de qualificação com auditoria "in loco", por parte da unidade;
- Estimar, por meio da aceitação de um Certificado de Conformidade expedido por um Organismo Certificador Credenciado, se um fornecedor tem a capacidade de atendimento aos requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade;
- Monitor a prestação do serviço no que tange a qualidade com economicidade e sempre voltada a humanização prestada ao usuário do SUS dentro da unidade hospitalar **HERSO**.

Abrangência

Fornecedores de Matérias-Primas, Insumos, Produtos Acabados, Embalagens e Rótulos e Serviços Gerais. Neste sentido o Plano Anual de Capacitação – PAC do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – **HERSO** vem como estratégia para requalificação dos profissionais e trabalhadores de saúde da Unidade Hospitalar.

Avaliação Experiência

Através de instrumento de avaliação validados pelos setores com base em indicadores de qualidade, que serão aplicados no início de sua atividade ocupacional e durante todo o processo de capacitação ofertado pelo DEPE.

Entrevista de Desligamento

Como um processo permanente de monitoramento e oferta de capacitação pelo PAC, espera-se que o colaborador (direto e indireto) possa ter a oportunidade de prestar uma assistência com eficiência e presteza, embasa no princípio da humanização. Caso contrário servirá com base para o seu desligamento uma vez que, não desempenhou assistência mínima desejada para o serviço a que se prestou executar em contrato firmado com a unidade **HERSO**.

Orientação de Conduta

Sempre que a coordenação direta observar alguma necessidade de melhoria na qualidade da assistência do colaborador, embasada pela análise de indicadores pré-definidos e validados pelo setor da qualidade do **HERSO**, o colaborador será designado para que possa ser qualificado e, assim, possa receber informação teórica/pratica para melhoria da sua assistência.

Advertência

O setor de RH disponibilizara ferramentas validadas para discorrer sobre esse tema ao coordenador direto aplicar sempre que o colaborador mesmo após receber qualificação pelo DEPE não apresente comprometimento de executar e, também, seja o multiplicador deste conhecimento no âmbito de sua assistência.

Avaliação de Desempenho

Segundo o Procedimento Operacional do setor de Recursos Humanos do **HERSO** a avaliação de desempenho é realizada semestralmente (6 meses) e anualmente nos contratos. Além disso é levado em consideração a "análise individualizada de cada colaborador com o objetivo de identificar as potencialidades e pontos a serem desenvolvidos, que devem ser aprimorados e superados através de treinamento, desenvolvimentos e *feedback*".

O feedback tem duas prioridades: informar e motivar, isto é, dizer ao funcionário como melhorar o seu desempenho e incentivar adoção de uma nova postura profissional.

Durante o período de experiência do novo funcionário, procura-se encaminhar ao responsável do setor de trabalho a avaliação com finalidade de verificar e acompanhar o desempenho do colaborador.

Benefícios

A implantação, desenvolvimento e efetuação do Plano Anual de Educação Permanente no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – **HERSO**

contribuirá para o aprimoramento e a atualização dos profissionais da Unidade Hospitalar melhorando a qualidade dos serviços ofertados a sociedade, favorecendo no alcance do mais alto nível de assistência da rede SUS.

Produto(s) e Principais Requisitos:

O processo de qualificação seja da forma de trabalho, direta e indireta (terceirizada), seguirá o modelo pedagógico presencial e EaD obedecendo à lista básica também será implantando qualificação em conjunto com as programações anuais ofertadas pelos Programas de Residência Médica e Programa de Residência Multiprofissional, além de outras demandas levantadas pela Comissão do Núcleo de Educação Permanente.

Partes Interessadas (STAKEHOLDERS):

O Plano Anual de Capacitação poderá afetar clientes internos e externos:

- **Stakeholders Internos:** Gestores; Colaboradores; Pacientes; Familiares de Pacientes. São afetados de forma direta e positiva quando os treinamentos e capacitações são desenvolvidos com responsabilidade, dedicação e inserido nas atividades diárias. No entanto, será negativa quando contrapor as atividades de treinamento e capacitação.
- **Stakeholders Externos**: Fornecedores; Mídias. Afeta de forma direta quando os treinamentos e capacitações são desenvolvidas nas atividades cotidianas. De forma indireta e negativa a divulgação de informações errôneas.

Restrições

O Plano Anual de Capacitação poderá sofrer alterações nas datas, cancelamentos ou mudanças de local em virtude de eventuais demandas emergências. Além problemas técnicos na transmissão de aulas ao vivo ou EaD em função de problemas de conexão ou interrupção do fornecimento de energia.

Riscos

Falha/Risco	Ação Corretiva

Não ter disponível as salas de aula e auditório para apresentação do artigo.	Adaptar o dia e o horário dos novos treinamentos e capacitações.
Treinamentos cancelados.	Remarcação e divulgação das novas datas.
Colaborador não liberado para treinamento pelo superior.	Divulgação dos treinamentos EAD.
Treinador não pode realizar treinamento nas datas disponíveis.	Ajustes das datas de horários. Remanejamento dos treinamentos.
Dificuldade na divulgação dos Treinamentos presenciais e EAD.	Entregar lista de cronograma aos Coordenadores, gerentes e supervisores das áreas assistenciais e administrativas.

Responsabilidade

Será tripartite, incorporando primeiramente o RH no que tange a melhoria e intensificação dela no processo seletivo; o setor da qualidade em monitorar os indicadores pré-definidos e validados e ao DEPE na oferta, execução e Certificação das ações compostas no PAC.

Marcos e linha do Tempo

O Plano Anual de Capacitação Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – **HERSO** iniciará dia 02 de janeiro de 2024 com data de encerramento dia 29 de dezembro 2024. Os treinamentos e capacitações EaD poderão ser acessados e realizados a qualquer momento pelo site a ser criado após a aceitação do Plano de Anual de Educação Permanente pelos gestores da Unidade Hospitalar. Os presenciais serão realizados na terça, quinta e sábado. O cronograma das atividades pode sofrer ajustes conforme solicitação e disponibilidade do DEPE.

Orçamento

Para a implantação do Plano de Anual de Educação Permanente será necessário:

MATERIAL	QUANTID	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL*
Computador de Mesa Completo (Monitor, CPU, Estabilizador, Mouse, Teclado, Fone de Ouvido, Webcam)	02	R$ 1.970,00	R$ 3.940,00
Impressora Multifuncional	01	R$ 1.889,00	R$ 1.889,00
Mesas de Escritório	02	R$ 300,00	R$ 600,00
Cadeiras de Escritório Giratória	02	R$ 339,00	R$ 678,00
Cadeiras Escritório Fixa	02	R$ 130,00	R$ 260,00
Quadro Branco (Lousa)	01	R$ 104,00	R$ 104,00
Armário Organizador	01	R$ 349,00	R$ 349,00
Material de Papelaria (Canetas; papel A4, papel glossy A4 fotográfico; papel couchê A4; papel foto adesivo; envelope; pasta para arquivo dentre outros)		R$ 400,00	R$ 400,00
TOTAL			R$ 8.220,00

*Os valores podem sofrer variações conforme pesquisa de mercado realizada pelo setor de compras.

Análise de Retorno do Investimento

O Plano Anual de Educação Permanente considera a necessidade de formação e

desenvolvimento dos colaboradores e fornecedores da Unidade Hospitalar, deste modo os cálculos financeiros não são possíveis de serem projetados. Os treinamentos e capacitações serão avaliados no final de cada evento através de formulário *google forms* gerando indicadores de satisfação e contribuindo para melhorias significativas no andamento das atividades.

Ação Método: 5W2H

Controle do Documento

Assim como a proposição esse será tripartite (RH/ QUALIDADE/DEPE) sempre disponibilizando o relatório mensal a SESG/SES para o devido controle das ações pactuadas.

Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde; 1º Edição Revisada, 2018. Acesso em 20/05/23. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.

A seguir o INSV propõe as seguintes **Capacitações Básica**

Noções Básicas de Controle de Infecções em Serviços de Saúde

Conteúdo Programático:

- História do Controle das Infecções Hospitalares;
- Legislação Vigente;
- Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
- Principais Agentes das Infecções Hospitalares;
- Cadeia Epidemiológica de Transmissão das Infecções Hospitalares;
- Tipos de Isolamentos e Precauções;
- Principais Infecções Hospitalares;
- Medidas de Prevenção das Principais Infecções Hospitalares;
- Emergência de Microrganismos Resistentes a Antimicrobianos Comumente Utilizados;
- Programa de Uso Racional de Antimicrobianos;
- Critérios NNISS de Diagnóstico das Infecções Hospitalares;
- Sistema Nacional de Notificação das Infecções Hospitalares;
- Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Artigos;

Noções Básicas em Saúde Coletiva

Conteúdo Programático:

- Aspectos históricos da promoção da saúde;
- Vigilância da saúde e Vigilância epidemiológica;
- Vigilância de doenças transmissíveis;
- Prevenção e controle de Hanseníase e Tuberculose;
- Programas de Atenção Básica e Imunização;
- Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS;
- Doenças Crônicas;
- Saúde da mulher, criança e adolescente;
- Saúde do Idoso e Saúde Bucal

Noções Básicas de Administração

Conteúdo Programático:

- O relacionamento interpessoal;
- Financeiro / Cobrança / Custos;
- Conhecimentos técnicos;
- Atitudes Corretas no Trabalho;
- Preâmbulo;
- Dos deveres e Proibições;
- Direitos;
- Honorários Profissionais;
- Dos Deveres Especiais em Relação aos Colegas dos deveres especiais em relação às classes de infrações disciplinares das disposições finais;
- Abordagem da localização da Gestão de Pessoas na estrutura organizacional da empresa;

- O relacionamento interpessoal;
- Financeiro / Cobrança / Custos;
- Conhecimentos técnicos;
- Atitudes Corretas no Trabalho;
- Preâmbulo;
- Dos deveres e Proibições;
- Direitos;
- Honorários Profissionais;
- Dos Deveres Especiais em Relação aos Colegas dos deveres especiais em relação às classes de infrações disciplinares das disposições finais;
- Abordagem da localização da Gestão de Pessoas na estrutura organizacional da empresa;
- Conceitos de Gestão de Pessoas;
- Agregando Pessoas;
- Aplicando Pessoas;
- Contratação do Trabalhador;
- Folha de Pagamento;
- Remuneração e Cálculos Trabalhistas;
- Rescisão de Contrato de Trabalho

Auxiliar de Almoxarifado

Conteúdo Programático:

- Investigação Epidemiológica de Casos e Epidemias;
- Doenças;
- Acidentes por Animais Peçonhentos;
- Ecossistema;
- Conceito de Vigilância Epidemiológica;
- História da Vigilância Epidemiológica;
- Epidemiologia;
- Mensuração das Doenças;
- Incidência e Prevalência;
- Coeficiente de Ataque;
- Coeficiente de Mortalidade;
- Elementos de Vigilância;
- Mecanismos para Obtenção de Dados;
- Controle de uma Epidemia;
- Medidas de Tendência Central.

Portaria e Controle de Acesso

Conteudo programatico:

- Controle de Acesso;
- Segurança e Proteção Preventiva em Portaria;
- Atendimento;
- Porteiro Residente;
- Sistemas de Comunicação;
- Relacionamento Interpessoal;
- Noções de Direito Penal;

- Prevenção/ Combate a incêndios.

Básico em Atendimento e Recepcionista Hospitalar

Conteúdo Programático:

- Ética em Serviços de Saúde;
- Qualidade em Serviços de Saúde;
- Sigilo Profissional;
- Terminologias em Serviços de Saúde;
- O uso da Tabela AMB e CID – Classificação Internacional de Doenças;
- Recepções Hospitalares;
- Relações Humanas na vida e no trabalho;
- Administração de Conflitos;
- Humanização na Saúde;
- A Cortesia no Atendimento;
- O Trabalho em Equipe;
- Linguagem Corporal;
- Etiqueta Profissional;

Noções Básicas de Ética Para Profissionais de Radiologia

Conteúdo Programático:

- Ética e Moral;
- A Ética no Cotidiano;
- Atendimento Ético a Pacientes;
- Código de Ética dos Profissionais das Técnicas Radiológicas;
- Ética em Saúde.

Básico de Recepcionista

Conteúdo Programático:

- Introdução;
- Perfil Ideal da Recepcionista;
- Marketing Pessoal;
- Etiqueta Social;
- Ética Profissional;
- Comunicação;
- Relacionamento Intrapessoal e Interpessoal;
- Atendimento ao Cliente;
- Qualidade de Atendimento ao Público;
- Atendimento Telefônico.

Básico de Gerenciamento

Conteúdo Programático:

- Crise e Gerenciamento: Conceitos Fundamentais;
- Características da Segurança e Gerenciamento de Crises;
- Doutrinas do Gerenciamento;
- Critérios de Ação;
- Classificação dos Graus de Risco;
- Níveis de Resposta;
- Cuidados Necessários;
- Noções sobre Crises em Geral;
- Como Agir e Gerenciar uma Crise;
- Noções Sobre Segurança Pública
- Recomendação de Sindicância;
- Recomendação de rescisão de contrato;
- Modelo de Comunicação com o preposto;
- Modelo de Comunicação com setores da Administração;
- Modelo de Comunicação com terceiros;
- Modelos de Registros;
- Visita às instalações da empresa;
- Serviço irregular;
- Providências da empresa;
- Solicitação de material;
- Gestão e Fiscalização de contratos públicos;
- Qualidade na Licitação;
- Controle do recebimento do objeto.

Princípios Básicos de Biossegurança

Conteúdo Programático:

- Recomendações Gerais;
- Apoio à Biossegurança;
- Objetivos do Documento;
- Descrição das Responsabilidades;
- Vestimenta e Equipamentos;
- Vestimenta Obrigatória para os Funcionários da Área Técnica;
- Equipamentos de Proteção Individual;
- Equipamentos de Proteção Coletiva.

Noções Básicas de Limpeza Hospitalar

Conteúdo Programático:

- Introdução: Limpeza Hospitalar;
- Tipos de limpeza na área hospitalar;
- Processos e procedimentos de limpeza;
- Equipamentos e ferramenta de limpeza;
- Máquinas;
- Produtos;
- Biossegurança;
- Higienização das mãos;

- Higiene pessoal;
- Aparência;
- Desenvolver uma boa limpeza;
- Segurança.

Noções Básicas de Auxiliar de Laboratório

Conteúdo Programático:

- Espectrofotometria;
- Colorimetria;
- Trasmitância;
- Regras Básicas de Segurança;
- Permanência no Laboratório;
- Manuseamento de Produtos Químicos
- Procedimentos em Caso de Acidente;
- Classes de Fogos e Agentes Extintores;
- Histórico da Cultura de Células;
- Tipos de culturas;
- Células Primárias, Células Estabelecidas e Células Transformadas

Noções Básicas em Auxiliar de Hemodinâmica na Radiologia

Conteúdo Programático:

- O Papel da Hemodinâmica na Radiologia;
- História da Hemodinâmica;
- Avaliação Hemodinâmica Macro e Micro-circulatória no Choque Séptico;
- Radiologia Intervencionista – Desobstrução das Artérias;
- Cateterismo Cardíaco;
- Termos Comumente Utilizados na Hemodinâmica;
- Reutilização de Produtos Médicos hospitalares;

Gestão de Qualidade

Conteúdo Programático:

- Mudança de Paradigmas no Século XXI;
- Controle e Prevenção de Desvios de Qualidade;
- Ciclo PDCA;
- Ferramentas de Gestão de Qualidade;
- Técnicas para Identificação de Pontos Fracos;
- Projeção Futura de Negócios;

Gestão de Recursos Humanos

Conteúdo Programático:

- Estratégias Organizacionais e Competências Humanas;
- Mapeamento de talentos;
- Recrutamento e seleção;
- Admissão do empregado;
- Jornada de trabalho e Férias;
- Encargos e Previdência Social;
- Ética;
- Mercado de trabalho e competências;
- Ferramentas de recursos humanos.

Procedimentos Iniciais de Biossegurança no Combate ao COVID 19

Conteúdo Programático:

- Novo Coronavírus – Covid-19;
- Registro e Coleta dos exames;
- Equipamentos de Proteção Individual no contexto da COVID 19;
- Precauções padrão;
- Precauções baseadas no mecanismo de transmissão da COVID-19;
- Materiais necessários para a limpeza e desinfecção de superfícies;
- Modos de preparar o corpo em casos suspeitos ou confirmação de COVID-19

Noções Básicas de Coleta de Sangue e Hemoterapia

Conteúdo Programático:

- Processo de Coleta de Sangue;
- Técnicas de Coleta;
- Materiais Utilizados;
- Higienização em Postos de Coleta;
- Hemoterapia e Coleta de Sangue;
- Tipos Sanguíneos;
- Captação e Triagem de Doadores de Sangue;
- Coleta de Sangue e Coletas Especiais;
- Processamento, Transporte e Estocagem;
- Produtos Criopreservados;
- Biologia Molecular e Transfusão.

Noções Básicas de Descarte de Resíduos em Farmácia Hospitalar

Conteúdo Programático:

- Descarte de medicamentos;
- Riscos à Saúde: exposição de crianças, adultos e população Vulnerável;
- Agressão ao meio Ambiente – contaminação da água, do solo e de animais;
- Política Nacional de Resíduos Sólidos – Lei 12305 de 2/8/2010/10;
- Resíduos Advindos de Área de Isolamento;
- Resíduos alimentares de Área de Isolamento;
- Resíduos de Laboratório de Análises Clínicas;

- Resíduos de laboratórios de Atendimento Ambiental.
- Resíduos de Sanitários de Unidade de Internação;
- Descarte Correto de Medicamentos Vencidos;
- Descarte de Medicamentos em Estado Sólido.

Recomendações Básicas Sobre Atendimento Hospitalar em Tempos de COVID 19

Conteúdo Programático:

- Equipamentos de Proteção Individual no contexto da COVID 19;
- Precauções padrão;
- Precauções baseadas no mecanismo de transmissão da COVID-19;
- Materiais necessários para a limpeza e desinfecção de superfícies;
- Modos de preparar o corpo em casos suspeitos ou confirmação de COVID-19;
- Origem e História;
- Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem.

Noções Básicas de cuidados a Ferias

Conteúdo Programático:

- Procedimentos Básicos em Enfermagem;
- Anatomia e Fisiologia da Pele;
- Processo de Reparação Tissular;
- Manual de Curativos;
- Tratamento e Cicatrização de Ferimentos;
- Fase Inflamatória;
- Estado Imunológico;
- Classificação das Feridas;
- Fisiologia da Cicatrização;
- Princípios Básicos para Realização de Curativos;
- Fases do Processo de Cicatrização;
- Fatores que Afetam a Cicatrização;
- Técnica de Curativo.

Neurointensivismo

Conteúdo Programático:

- VE isquêmico;
- AVE hemorrágico;
- Síndrome hipertensão intracraniana / TCE;
- HSA aneurismático;
- Analgesia, sedação e delirium na UTI;
- Diagnóstico de morte encefálica;
- Status epiléptico / EMENEC;
- Avaliação TC crânio / princípios básicos

Procedimentos Administrativos CEP

Conteúdo Programático:

Este módulo apresenta os procedimentos e documentos necessários para registro inicial, renovação de um registro existente e alteração de dados de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Trata da importância dos relatórios obrigatórios, sua estrutura e itens necessários para sua elaboração. Além disso, demonstra como funciona o processo de indicação dos CEPs pela Conep e as formas de contato.

Carga Horaria: 2 horas

Link: https://edx.hospitalmoinhos.org.br/course/credenciamento-cep-2021

Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Internação Adulto

Conteúdo Programático:

- Acolhimento e recepção de residentes; Entrega de folders e rotinas dos andares; Treinamento do sistema; Orientação sobre a rotina hospitalar e do enfermeiro.
- **SAE** - O conjunto de **propedêutica e processos terapêuticos**, com enfoque no atendimento ao paciente em internação na clínica médica, cirúrgica e cardiológica, pautado na perspectiva da sistematização de enfermagem, dentro dos conceitos abrangendo a Taxonomia de diagnósticos da NANDA.
- **SAE** – Sistematização da Assistência de Enfermagem e o acesso ao Sistema MV/ SBAR -LIMEIRA,Tânia Roberta et al. Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem, SBAR,Situation-Background- Assessment-Recommendation: validação e aplicação. **Rev Bras Enferm.** 2022;75(6)/ https://www.scielo.br/j/reben/a/rK7G6VycSgQjmGQV77VfHPK/?format=pdf&lang=pt
- **Segurança do paciente**: São todos os estudos e práticas para diminuição ou eliminação de riscos na assistência em saúde que podem causar danos ao paciente.
- **PCIH- O Programa de Controle de Infecções Hospitalares**: medidas de prevenção de infecção.
- **Terapia intravenosa** e tipos de cateteres sondas, drenos e tubos
- **Terapia intravenosa** e tipos de cateteres sondas, drenos e tubos
- **Cuidados com feridas em traumas**: ferimento por arma branca e fogo; trauma crânio encefálico, tórax, abdômen e MMSSII.
- Avaliação bimestral;
- **Cuidados com feridas em traumas**: ferimento por arma branca e fogo; trauma crânio encefálico, tórax, abdômen e MMSSII.
- **Cuidados em feridas** agudas, crônicas e coberturas
- **Cuidados em feridas:** agudas, crônicas e coberturas
- **HACR:** Humanização, Acolhimento e Classificação de Risco eUrgência e
- Emergência e Atendimento ao Trauma. / Avaliação e tratamento do doente.
- Monitorização hemodinâmica;
- Cinemática do trauma;
- Avaliação da cena;
- Avaliação bimestral;

Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Queimados

Conteúdo Programático:

- Assistência de enfermagem nas patologias neurológica (trm e tce) + aneurisma e avc;
- Assistência de enfermagem nas patologias cardiovasculares;
- Assistência de enfermagem nas patologias cardiovasculares;
- Avaliação bimestral;
- Conceito, epidemiologia, fisiopatologia, classificação, cálculo da superfície corporal queimada;
- Curativo dos pacientes queimados; oficina de enfaixamento; cuidados com o paciente grande queimado.
- Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: **atendimento ao politraumatizado;**
- Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: **atendimento ao politraumatizado;**
- Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: **traumatismo crânio encefálico;**
- Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como**: trauma torácico;**
- Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: **trauma de face;**
- Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: **trauma abdominal;**
- Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: **trauma músculo esquelético;**
- Avaliação bimestral

Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Unidade de Terapia Intensiva

- Conjunto de propedêutica e processos terapêuticos, sob enfoque do atendimento do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pautado na perspectiva da sistematização de enfermagem, dentro dos conceitos metodológicos das normas e padronizações de procedimentos, planos de cuidados e protocolos, abrangendo a Taxonomia de diagnósticos da NANDA.
- Escalas de avaliação neurológica e escores de avaliação de mortalidade;
- Drogas vasoativas e alta vigilância;
- Punção e cuidados com pressão arterial invasiva;
- Sedação os cuidados de enfermagem;
- Ventilação mecânica invasiva;
- Ventilação mecânica invasiva;
- Eletrocardiograma;
- AVALIAÇÃO BIMESTRAL;
- Assistência cardiovascular de emergência; Anatomia e eletrofisiologia cardíaca;
- Ritmos de Parada Cardiorrespiratória;
- Taquicardias, Bradicardia;
- Síndrome Coronariana agud Acidente Vascular Cerebral.
- Emergência ao paciente de IAM (protocolo);

- Avaliação bimestral.

Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Unidade de Terapia Intensiva

- Conjunto de propedêutica e processos terapêuticos, sob enfoque do atendimento do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pautado na perspectiva da sistematização de enfermagem, dentro dos conceitos metodológicos das normas e padronizações de procedimentos, planos de cuidados e protocolos abrangendo a Taxonomia de diagnósticos da NANDA.
- Escalas de avaliação neurológica e escores de avaliação de mortalidade;
- Drogas vasoativas e alta vigilância;
- Punção e cuidados com pressão arterial invasiva;
- Sedação os cuidados de enfermagem;
- Ventilação mecânica invasiva;
- Ventilação mecânica invasiva;
- Eletrocardiograma;
- AVALIAÇÃO BIMESTRAL;
- Assistência cardiovascular de emergência; Anatomia e eletrofisiologia cardíaca;
- Ritmos de Parada Cardiorrespiratória;
- Taquicardias, Bradicardia;
- Síndrome Coronariana aguda
- Acidente Vascular Cerebral.
- Emergência ao paciente de IAM (protocolo);
- Avaliação bimestral.

Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Clínica Médica e Cirúrgica

- Apresentação dos Serviços do Setor farmacêutico;
- O ciclo da assistência farmacêutica;
- Mecanismo da dor;
- Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs);
- Uso clínico dos glicocorticóide;
- Síndrome de Cushing;
- Anti-histamínicos;
- Opióides;
- 1ª Prova Bimestral;
- Avaliação da Proteína C reativa;
- Uso Clínico dos Bloqueadores Neuromusculares;
- Uso Clínico dos Anestésicos Gerais Intravenosos;
- Anestésicos Inalatórios;
- Análise de exames laboratoriais;
- Diabetes Mellitus e discussão na prática clínica;
- Abordagem clínica das dislipidemias;
- Farmacovigilância no contexto hospitalar;
- A cadeia de sobrevivência e serviços médicos de emergência para atendimento em pediatria. A notificação e a injuria, a violência infantil;
- Avaliação do paciente pediátrico e neonatal /Exame físico ao recém-nascido e

pacientes pediátricos; • RCP/ TOT em pediatria e neonato • Desconforto respiratório por obstrução de vias aérea e outras causas de insuficiência respiratória, • Desconforto respiratório por obstrução de vias aérea e outras causas de insuficiência respiratória; • Emergências cardiovasculares; • Traumas e queimaduras; manejo do tce em pediatria; • Traumas e queimaduras; • Emergências toxicológicas; • Avaliação bimestral; • Crise convulsiva; • Anafilaxia manejo clínico; • Estudo da terapia intravenosa (cateteres); • Tubos, sondas e drenos utilizados na pediatria; acesso venoso; • Principais modos de ventilação invasiva na pediatria • Morte encefálica em pacientes pediátricos e como lidar com luto; • Avaliação bimestral.
Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Clínica Médica e Cirúrgica
• Apresentação dos Serviços do Setor farmacêutico; • O ciclo da assistência farmacêutica; • Mecanismo da dor; • Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs);
• Uso clínico dos glicocorticóide; • Síndrome de Cushing; • Anti-histamínicos; • Opióides; • Avaliação da Proteína C reativa; • Uso Clínico dos Bloqueadores Neuromusculares; • Uso Clínico dos Anestésicos Gerais Intravenosos; • Anestésicos Inalatórios; • Análise de exames laboratoriais; • Diabetes Mellitus e discussão na prática clínica; • Abordagem clínica das dislipidemias; • Farmacovigilância no contexto hospitalar;
Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Traumatologia e Ortopedia

- Hemostasia e Anticoagulantes;
- Trombose Venosa Profunda e Anticoagulantes;
- Avaliação do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (TTPA);
- Varfarina: farmacodinâmica, farmacocinética e interações médicamentosas;
- Heparinas: farmacodinâmica, farmacocinética e interações médicamentosas;
- Manejo de Paciente com Hemorragia
- Antiplaquetários
- Classificação e fisiopatologia das queimaduras; Procedimento
- Anemia;
- Abordagem Clínica da Hipocalemia
- Hipovitaminose

Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Situações Especiais

- Modelo de Prática clínica farmacêutica;
- Microrganismos Causadores de infecções;
- Microrganismos Causadores de infecções 2
- Uso clínico das Penicilinas
- Sedação e Analgesia Durante a Ventilação Mecânica;
- Uso clínico das Cefalosporinas e Uso Clínico;
- Uso clínico dos Carbapenêmicos e monobactâmicos;
- Uso clínico dos Glicopeptídeos e Aminoglicosídeos
- Uso clínico dos Macrolídeos, Linezolida e licosamidas;
- Uso clínico dos Tigeciclina, Rifamicinas;
- Uso clínico dos Antiprotozoários;
- Uso clínico dos Antifúngicos;
- Uso clínico dos Antivirais;
- Uso clínico das Fluoroquinolonas;

Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Unidade de Terapia Intensiva

- Uso Clínico dos hormônios tireoidianos;
- Profilaxia de LAMG e Uso clínico dos Antisecretores;
- Uso clínico dos Antieméticos e pro-cinéticos;
- Uso clínico dos Antiflatulantes;
- Uso clínico dos Laxativos;
- Uso clínico dos Antidiarreicos sintomáticos, antiespasmódicos e correlatos;
- Qualificação de artigo;
- Uso de fibras e probióticos em pacientes críticos;
- Uso clínico dos Medicamentos utilizados no choque vascular e Uso clínico dos Antiartmicos;
- Drogas vasoativas e o uso de TNE;
- Uso clínico dos Bloqueadores adrenérgicos centrais Bloqueadores dos canais de cálcio e Uso clínico dos diuréticos;
- Uso Clínico dos Anticonvulsivantes;
- Manejo do delirium;
- Ansiolíticos;
- Neurolépticos;

Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências Clínicas: Médica, Cirúrgica, Especialidades.
• Avaliação Fisioterapêutica no paciente adulto • Análise de exames laboratoriais (Gasometria) • Oxigenoterapia; • Mecanismos fisiopatológicos da toxicidade do oxigênio • Aspiração TraquealAnálise de exames laboratoriais (Hemograma e Leucograma) • Suporte Básico de Vida • Radiografia de tórax • Análise de exames laboratoriais (marcadores inflamatórios e deAvaliação Fisioterapêutica no paciente adulto • Análise de exames laboratoriais (Gasometria) • Oxigenoterapia; • Mecanismos fisiopatológicos da toxicidade do oxigênio • Aspiração TraquealAnálise de exames laboratoriais (Hemograma e Leucograma) • Suporte Básico de Vida • Radiografia de tórax • Análise de exames laboratoriais (marcadores inflamatórios e dehemostasia) • Avaliação Fisioterapêutica no paciente séptico • Disfagia e síndromes aspirativas • Visão da fisioterapia na sarcopenia e caquexia; • Pneumonias • Técnicas de remoção de secreção e expansão pulmonar • Acidente Vascular • EncefálicoTCE/TRM – Escala Asia • Avaliação Bimestral • Mobilização Precoce • Trombose Venosa Profunda e Anticoagulantes • Diabetes Mellitus e discussão na prática clínica
Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências em Situações Especiais, Traumatologia e Ortopedia. – Ortopedia, Geriatria e Queimados
• Avaliação Fisioterapêutica no paciente séptico • Disfagia e síndromes aspirativas • Visão da fisioterapia na sarcopenia e caquexia; • Pneumonias • Técnicas de remoção de secreção e expansão pulmonar • Acidente Vascular • EncefálicoTCE/TRM – Escala Asia • Avaliação Bimestral • Mobilização Precoce • Trombose Venosa Profunda e Anticoagulantes • Diabetes Mellitus e discussão na prática clínica

Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências em Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Atendimento.
• Etiologia e Epidemiologia do Trauma; • Caracterização e classificação do trauma – Diagnóstico cinético funcionalFarmacologia aplicada à reabilitação de pacientes com doenças crônico degenerativas • Hipotensão Postural e Intolerância Ortostática no ambiente hospitalar • Reabilitação intrahospitalar nas DPOC • Abordagem fisioterapêutica no trauma de membros inferiores • Avaliação da força e da resistência muscular no ambiente hospitalar • Fraturas e fixadores de membros inferiores. Abordagem • fisioterapêutica • Avaliação no Idoso • Fraturas e fixadores de tórax e pelve. Abordagem fisioterapêutica • Particularidades no atendimento do paciente Idoso com doenças neurológicas • Fragilidade, Equilíbrio e quedas: Prevenção, avaliação e tratamento • Morte e Cuidados paliativos no ambiente hospitalar • Nutrição e exercício no paciente idoso • Doenças vasculares arteriais e venosas. Doença arterial obstrutiva periférica • Avaliação Bimestral I. Classificação e fisiopatologia das queimaduras; Procedimento cirúrgico e processo de cicatrização no paciente queimado • Formação de Cicatriz hipertrófica e quelóide e suas complicações • Tratamento das cicatrizes. • Prescrição e uso de malha compressiva. Massagem cicatricial.

8.1.5 Projeto de Hospital Ensino para Unidade

A Diretoria de Ensino do INSV como objetivo melhorar a qualidade da assistência e da gestão em saúde no País, difundindo conhecimento e desenvolvendo profissionais, como forma de evidenciar a contribuição da assistência à saúde do SUS para a sociedade brasileira.

Neste cenário, a área de ensino é a responsável por atuar junto a empresas e instituições de ensino a fim de elaborar o melhor programa de ensino para aperfeiçoamento dos seus funcionários, levando em consideração as necessidades do cliente sempre com foco na evidencia cientifica e assistência a humanizada ao usuário do SUS

Introdução

Em 2004, os ministérios da Educação e da Saúde, objetivando reestruturar os HEs integrando-os à rede dos serviços de saúde, instituem o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS (Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS) e o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS (Portaria n° 1.702 GM/MS).

Entretanto, para que o credenciamento desses hospitais junto ao SUS seja efetivado, eles são avaliados por uma comissão interinstitucional, consoante o disposto na Portaria Interministerial nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, devendo estar inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e cumprir vários requisitos, tais como: servir de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde; abrigar alunos em atividades curriculares de ao menos um curso de Medicina e dois outros cursos da saúde; possuir programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e residentes; dispor de projeto institucional próprio ou vinculado a Instituição de Ensino Superior (IES) para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e avaliação de tecnologias, de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa, de instalações adequadas de ensino e de acesso a biblioteca atualizada e especializada na área da saúde; participar das políticas prioritárias do SUS; colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde; e dedicar um mínimo de 60% dos leitos ativos ao SUS.

Nesse contexto, os Hospitais de Ensino (HE) são relevantes, já que correspondem a Hospitais Gerais e/ou Especializados que servem de cenário de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde, de propriedade de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública ou privada ou formalmente conveniados a esta2, segundo os termos da Portaria Interministerial MEC/MS nº1.000/2004,sendo responsáveis pela formação dos profissionais da saúde que atuarão tanto na rede básica como nos hospitais públicos e privados. Também são compreendidos como hospitais que prestam assistência à saúde de alta complexidade e que desenvolvem atividades de capacitação de recursos humanos, envolvendo, concomitantemente, ações de docência, pesquisa e prestação de serviço à comunidade, fato que exige deles qualidade e integralidade em suas ações, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS.

Para tanto, a unidade hospitalar precisa ser submetida a um processo de contratualização, com estabelecimento de metas e indicadores entre o representante legal do

hospital de ensino e o gestor local do SUS, por meio de metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar, as quais deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos.

As Comissões de Acompanhamento de Contrato aparecem no convênio como uma proposta de cada local, devendo ser constituídas por representantes da secretaria, do hospital, da comunidade acadêmica e dos usuários, com reuniões mensais, a fim de acompanhar a execução dos convênios, no tocante aos custos, acompanhamento das metas e avaliação da qualidade.

Atualmente, existem no Brasil 202 unidades hospitalares credenciadas como HEs, que contribuem para a formação de recursos humanos em saúde para toda a rede de atenção à saúde do SUS, nos níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária, e que prestam assistência à saúde de alta complexidade. Portanto, é oportuno revisar a produção científica existente sobre a avaliação desses hospitais.

A administração pode ser por sistema de hospitais Público: administrado por entidade governamental municipal, estadual ou federal; ou Particular: pertencente à pessoa jurídica de direito privado. Quanto ao porte, a instituição pode ser denominada da seguinte forma: Pequeno: tem capacidade menor ou igual a 50 leitos; Médio: possui de 51 a 150 leitos; Grande: oferece de 151 até 500 leitos; e Porte especial ou extra: dispõe de quantidade superior a 500 leitos.

Diante do exposto o INSV apresenta a proposta de buscar nos primeiros dois anos de gestão da unidade **HERSO** a certificação de HOSPITAL ENSINO por entender que já oferece o ensino em serviço e poderá contribuir com a formação de todos os residentes que por lá passarem com base na melhor evidencia cientifica, buscaremos fomentar a pesquisa e o desenvolvimento de novos programas de residência médica e multiprofissional.

Objetivo

Os Hospitais de Ensino (HE) têm importância fundamental para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em diversas áreas, como a de referência assistencial de alta complexidade, polos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para a Saúde Pública e incorporação de ensino em serviço.

Objetivos Específicos

- Garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade da atenção à saúde, do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pelos HE.
- Garantir a qualidade da formação de novos profissionais de saúde e da educação permanente em saúde para os profissionais já atuantes, priorizando as áreas estratégicas do SUS.
- Estimular a inserção da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na gestão de tecnologias em saúde, de acordo com as necessidades do SUS.
- Garantir a inserção dos HE na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com participação efetiva nas políticas prioritárias do SUS.
- Estimular a participação dos HE nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS.
- Integrar os HE nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS.
- Apoiar as demandas de mudanças do perfil da formação médica ao nível de graduação e residência médica, conforme previsto no Programa Mais Médicos.

Esse projeto se justifica pela:

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 285, DE 24 DE MARÇO DE 2015

Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE E O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, INTERINO, no uso das atribuições que lhes conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o art. 207 da Constituição Federal, que dispõe sobre a autonomia universitária e estabelece o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, que estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 3.390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da RAS;

Considerando a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a PNHOSP;

Considerando a Portaria nº 142/GM/MS, de 27 de janeiro de 2014, que institui, no âmbito SUS, o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a PNHOSP;

Considerando a Portaria nº 2.839/GM/MS, de 29 de dezembro de 2014, que prorroga os prazos estabelecidos nos termos do art. 38 da Portaria nº 3.410/GM/MS, de 2013, e do parágrafo único do art. 15 da Portaria nº 142/GM/MS, de 2014;

Considerando as resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE), que tratam das diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde;

Considerando a necessidade de aprimoramento e intensificação da integração ensino-serviço na área da saúde;

Considerando que todos os espaços de produção de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS devem constituir campo de prática para o ensino, pesquisa e incorporação tecnológica baseada em evidências; e

Considerando que os Hospitais de Ensino (HE) são pontos de atenção da RAS e devem ter a qualificação da atenção e da gestão, e a integração aos demais pontos de atenção como requisitos para a boa prática do ensino e da pesquisa de interesse para o SUS, resolvem:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE).

Art. 2º Para fins desta Portaria, considera-se:

I - Hospitais de Ensino (HE): estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, que sirvam de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde e que sejam certificados conforme o estabelecido nesta Portaria;

II - Hospital geral: estabelecimento hospitalar destinado à prestação de assistência à saúde na modalidade de internação em pelo menos duas especialidades médicas básicas, quais sejam, clínica médica, pediatria, ginecologia ou obstetrícia, e cirurgia geral;

III - hospital especializado: estabelecimento hospitalar destinado à prestação de assistência à saúde na modalidade de internação em uma única especialidade;

IV - Complexo hospitalar: conjunto de estabelecimentos hospitalares gerais ou especializados, que possuem complementariedade e interdependência de atuação, sediados ou não no mesmo local, reunidos sob uma administração centralizada própria, com o mesmo CNPJ desdobrado em filiais, podendo manter nomes de fantasia e número de Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em cada estabelecimento que o compõe;

V - Estágio curricular: procedimento didático-pedagógico que deve proporcionar ao estudante a participação em situações reais de vida e trabalho de seu meio, sendo realizada na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob responsabilidade e coordenação da instituição de ensino, colaborando no processo educativo;

VI - Internato médico: processo específico de formação médica voltada à formação eminentemente prática nos últimos 2 (dois) anos dos cursos de graduação em medicina, regulamentado pelas diretrizes curriculares dos cursos de medicina;

VII - residência médica: modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, voltada para a educação em serviço, funcionando em instituições de saúde, sob a orientação profissional;

VIII - residência multiprofissional: modalidade de ensino de pós-graduação "lato sensu", voltada para a educação em serviço e destinada a, no mínimo, 3 (três) categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a categoria médica;

IX - Residência profissional: modalidade de ensino de pósgraduação "lato sensu", voltada para a educação em serviço e destinada a 1 (uma) categoria profissional específica que integra a área de saúde, excetuada a médica;

X - Educação permanente: proposta político-pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em constante análise, construindo-se espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano, sendo o objeto de transformação o sujeito no processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade da atenção à saúde;

XI - Integração ensino-serviço: trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores; e

XII - Áreas prioritárias: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, medicina de família e comunidade e outras de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 3º A certificação dos estabelecimentos de saúde como HE é de competência conjunta do Ministérios da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC) e observará o disposto nesta Portaria.

§ 1º O processo de certificação será conduzido pela Comissão Interministerial de Certificação, instância colegiada, de natureza deliberativa, constituída de forma paritária entre o MS e o MEC, e instituída por ato específico dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

§ 2º A coordenação da operacionalização dos trabalhos no processo de certificação dos HE, ficará a cargo do Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU/SAS/MS).

Art. 4º São objetivos do Programa de Certificação de HE:

I - Garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade da atenção à saúde, do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pelos HE;

II - Garantir a qualidade da formação de novos profissionais de saúde e da educação permanente em saúde para os profissionais já atuantes, priorizando as áreas estratégicas do SUS;

III - Estimular a inserção da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na gestão de tecnologias em saúde, de acordo com as necessidades do SUS;

IV - Garantir a inserção dos HE na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com participação efetiva nas políticas prioritárias do SUS;

V - Estimular a participação dos HE nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS;

VI - Integrar os HE nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS; e

VII - Apoiar as demandas de mudanças do perfil da formação médica ao nível de graduação e residência médica, conforme previsto no Programa Mais Médicos.

CAPÍTULO II

DO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

Seção I

Dos Requisitos Gerais e Específicos para Certificação

Art. 5º Poderão solicitar a certificação como HE, os estabelecimentos hospitalares e complexos hospitalares, públicos ou privados, próprios ou conveniados a IES públicas ou privadas, inscritos no SCNES, que atendam os seguintes requisitos gerais:

I - Ser campo de prática para atividades curriculares na área da saúde, para programas de residência médica e em outras áreas profissionais da saúde;

II - Dispor de convênio ou contrato formal de cooperação entre o estabelecimento hospitalar e a IES, caso o hospital não pertença à mesma instituição que desenvolve as atividades, com implantação de mecanismos atuantes na gestão das atividades de pesquisa e ensino;

III - Possuir oferta de programas de residência médica, ou em outras áreas profissionais da saúde, credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), excetuando-se os casos previstos no §1º do art. 8;

IV - Possuir, no mínimo, 80 (oitenta) leitos operacionais, no caso de hospitais gerais;

V - Possuir, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais, no caso de hospital especializado ou maternidade;

VI - Prestar ações e serviços de saúde ao SUS, colocando a oferta sob regulação do gestor do SUS; e

VII - Possuir instrumento contratual formal vigente com o gestor do SUS.

§ 1º Nos casos de certificação de complexos hospitalares, deverá ser comprovado que o conjunto dos estabelecimentos hospitalares envolvidos presta ações e serviços de saúde, além de atividades de ensino e pesquisa, sob estrutura gestora comum e mantendo atividade acadêmica integrada, passando a ser considerada, para fins de certificação, a totalidade de leitos e serviços do conjunto de estabelecimentos que compõem o complexo.

§ 2º Será obrigatória a identificação da participação de cada um dos componentes do complexo hospitalar no cumprimento dos requisitos estabelecidos nesta Portaria, assim como a apresentação da documentação comprobatória pertinente.

Art. 6º Além do cumprimento dos requisitos de que trata o

art. 5º, deverão ser atendidos pelos solicitantes, para concessão da certificação de HE, os seguintes requisitos específicos:

I - Ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:

a) Comissão de Ética Médica e de Enfermagem;

b) Comissão de Documentação Médica e Estatística;

c) Comitê de Ética em Pesquisa;

d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

f) Comissão de Óbitos;

g) Comissão de Revisão de Prontuários;

h) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

i) Comissão de Farmácia e Terapêutica; e

j) Comissão de Proteção Radiológica;

II - Ter constituídas e em permanente funcionamento, quando couberem, as comissões assessoras pertinentes, de acordo com o perfil assistencial do estabelecimento hospitalar, que podem ser:

a) Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos;

b) Comitê Transfusional;

c) Comissão de Residências em Saúde;

d) Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal;

e) Comissão de Biossegurança; e

f) Comissão de Ética no Uso de Animais;

III - participar dos programas e políticas prioritárias do SUS, incluindo as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, de acordo com seu perfil assistencial;

IV - Constituir-se como um ponto de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada ou espontânea;

V - Disponibilizar para a regulação do SUS os serviços contratualizados, de acordo com as pactuações loco-regionais;

VI - Garantir o direito do usuário ao acompanhante e à visita aberta, dispondo de condições técnicas, humanas e de ambiência;

VII - Adotar programa de acolhimento com protocolo de classificação de risco quando dispuser de serviço de urgência e emergência ou maternidade;

VIII - Garantir os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e equipamentos de acordo com o porte e perfil assistencial do hospital, com no mínimo:

a) patologia clínica, dentro ou fora do ambiente hospitalar, com coleta no hospital;

b) radiologia simples no ambiente hospitalar;

c) acesso a eletrocardiografia;

d) acesso a ultrassonografia;

e) acesso a endoscopia digestiva;

f) equipamentos e insumos para suporte avançado de vida e transporte seguro;

g) Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tipo II ou tipo III, conforme disposto na Portaria nº 3.432/GM/MS, de 12 de agosto de 1998, ou acesso garantido à UTI, conforme pactuação loco-regional;

h) assistência farmacêutica, assistência nutricional, processamento e esterilização de roupas e materiais, transporte sanitário, higiene e limpeza, e demais serviços assistenciais e de apoio, próprios ou terceirizados, conforme normas vigentes; e

i) equipe multiprofissional compatível com o porte e perfil assistencial do hospital, segundo o regramento vigente;

IX - Manter o prontuário único dos pacientes padronizados e com registros completos;

X - Atualizar de forma regular e sistemática os sistemas de alimentação obrigatória do SUS; e

XI - Garantir a implementação das seguintes ações de segurança do paciente:

a) ter implementado Núcleo de Segurança do Paciente;

b) ter elaborado um Plano de Segurança do Paciente;

c) manter ativa a Notificação de Eventos Adversos (Notivisa);

d) ter, no mínimo, implementados os protocolos de Identificação do Paciente e Higienização das Mãos; e

e) desenvolver um plano de implantação dos demais protocolos, de acordo com o perfil assistencial da instituição, a ser implementado no prazo máximo de 02 (dois) anos.

Seção II

Dos Tipos de Certificação de HE

Art. 7º Uma vez preenchidos os requisitos gerais e específicos de que tratam os arts. 5º e 6º, para serem certificados como HE, deverá ser definida, de acordo com suas características, a sua tipologia, que pode ser:

I - Hospital de Ensino Tipo I (HE-I); ou

II - Hospital de Ensino Tipo II (HE-II).

Art. 8º Para ser certificado como HE-I, os hospitais deverão:

I - Abrigar, quando demandado por instituição de ensino do Município ou Região de saúde, em caráter permanente e contínuo, as atividades curriculares da totalidade dos alunos em internato médico curricular obrigatório por área de atuação ou, no mínimo, 20 (vinte) alunos respeitando carga horária de até 35% (trinta e cinco por cento) do total de horas do curso, conforme definido nas diretrizes curriculares do curso de medicina;

II - Ser cenário de prática para atividades hospitalares da residência de medicina geral de família e comunidade, em caso da existência de programa de residência no Município ou na Região de saúde;

III - Ofertar, em caráter permanente e contínuo, pelo menos 2 (dois) programas de residência médica, próprios ou conveniados, em áreas prioritárias para o SUS, com número mínimo de vagas anuais no percentual de 8% (oito por cento) de seu número total de leitos operacionais; e

IV - Garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os programas de residência, respeitando-se o mínimo de:

a) 1 (um) preceptor com carga horária de 20 (vinte) horas semanais para cada 3 (três) residentes ou 1 (um) preceptor com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para cada 6 (seis) residentes; e

b) 1 (um) preceptor para cada 12 (doze) alunos de internato, de acordo com a legislação vigente.

§ 1º Quando o hospital não possuir programas de residência médica e, comprovadamente, servir de campo de prática para o projeto de expansão dos cursos de medicina, este terá até 2 (dois) anos a contar da data da visita de certificação para implantá-los, sob pena de cancelamento da certificação.

§ 2º Quando se tratar de hospital especializado ou maternidade, este deverá ofertar cursos de residência de acordo com sua área de atuação.

Art. 9º Para ser certificado como HE-II, os hospitais deverão: I - abrigar formalmente, em caráter permanente e contínuo, no mínimo:

a) a totalidade dos alunos em internato curricular obrigatório por área de atuação ou, no mínimo, 40 (quarenta) alunos respeitando-se a carga horária de até 35% (trinta e cinco por

cento) do total de horas do curso, exceto saúde coletiva, sendo que para as áreas básicas é obrigatória a destinação de 20% (vinte por cento) da carga horária do internato; e

b) as atividades curriculares de, no mínimo, 3 (três) outros cursos de graduação na área da saúde, sendo obrigatório o curso de enfermagem, respeitando-se o total de até 20% (vinte por cento) do total da carga horaria do curso;

II - Oferecer programas de residência médica e residência multiprofissional, credenciados pela CNRM ou pela CNRMS, observadas as seguintes condições:

a) ofertar, em caráter permanente e contínuo, pelo menos 4 (quatro) programas de residência médica em áreas prioritárias para o SUS, com número mínimo de vagas anuais no percentual de 8% (oito por cento) de seu número total de leitos operacionais;

b) ofertar, em caráter permanente e contínuo, no mínimo 1 (um) programa de residência multiprofissional; e

c) abrigar curso de pós-graduação "stricto sensu" em área da saúde, próprio ou conveniado, devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES);

III - garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os programas de residência, respeitando-se o mínimo de:

a) 1 (um) preceptor com carga horária de 20 (vinte) horas semanais para cada 3 (três) residentes ou 1 (um) preceptor com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para cada 6 (seis) residentes; e

b) 1 (um) preceptor para cada 12 (doze) alunos de internato, de acordo com a legislação vigente;

IV - Dispor de UTI, tipo II ou tipo III, conforme disposto na Portaria nº 3.432/GM/MS, de 1998;

V - Possuir, no mínimo, 1 (uma) habilitação em alta complexidade das abaixo relacionadas:

a) maternidade de referência para gestante e recém-nascido de alto risco;

b) oncologia;

c) ortopedia;

d) neurologia;

e) cardiologia;

f) transplantes; e

g) terapia renal substitutiva; e

VI - Executar as ações previstas no Programa Nacional de Segurança de Paciente, contemplando as seguintes ações:

a) Núcleo de Segurança do Paciente em funcionamento;

b) Planos de Segurança do Paciente implementados;

c) mínimo de 04 (quatro) protocolos de segurança do paciente em utilização no hospital; e

d) planos de implantação dos demais protocolos de Segurança do Paciente, compatíveis com o perfil assistencial da instituição.

§ 1º As atividades de graduação e residência médicas acima especificadas deverão estar contidas no Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde celebrado entre a IES e a esfera de governo responsável pela gestão do hospital.

§ 2º Quando se tratar de hospital especializado, maternidade ou complexo hospitalar, este deverá ofertar cursos de residência médica e multiprofissional de acordo com sua área de atuação e de forma permanente e contínua.

Art. 10. Além de atender ao disposto nos arts. 8º e 9º, conforme o caso, o HE-I e o HE-II deverão cumprir, respectivamente, 3 (três) e 6 (seis), no mínimo, dos seguintes requisitos adicionais:

I - Dispor de projeto institucional, próprio ou da IES à qual o hospital for vinculado, para o desenvolvimento de atividades regulares de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e de pesquisa científica em áreas da saúde;

II - Dispor da seguinte infraestrutura para o ensino de graduação e pós-graduação:

a) respeitar os critérios adequados para dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, conservação e comodidade da estrutura física; e

b) acesso a bibliotecas virtuais na proporção mínima de 3 (três) terminais com banda larga para o número máximo de 30 (trinta) alunos matriculados nos cursos em funcionamento, conforme parâmetros descritos nos Instrumentos de Avaliação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES);

III - aderir às normas estabelecidas no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) para seleção dos candidatos aos programas de residência médica oferecidos na instituição;

IV - Implantar diretrizes recomendadas na Política Nacional de Humanização (PNH) para ambiência, clínica ampliada, cogestão, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e redes de produção de saúde;

V - Implantar o programa de gestão de riscos com gerenciamento dos resíduos do serviço de saúde;

VI - Desenvolver atividades em vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância, e tecnovigilância, padronização de medicamentos e vigilância em saúde do trabalhador;

VII - dispor de programa de educação permanente para seus trabalhadores;

VIII - comprovar a profissionalização da gestão do estabelecimento hospitalar com qualificação específica de pelo menos metade dos membros da diretoria do hospital;

IX - Garantir mecanismos de controle social; e

X - Atuar em ações de matriciamento para outros estabelecimentos da rede de serviços na perspectiva de fortalecimento da RAS.

Seção III

Da Solicitação da Certificação de HE

Art. 11. Para solicitar a certificação como HE, o estabelecimento hospitalar interessado encaminhará ofício à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAHU/SAS/MS) contendo os seguintes dados:

I - Nome do estabelecimento hospitalar;

II - Número do registro do estabelecimento hospitalar SCNES;

III - Nome do responsável pela solicitação da certificação;

IV - Nome e número do CPF do responsável pela HE; e

V - E-mail, telefones e contatos do responsável pela solicitação da certificação.

Art. 12. Após o recebimento do ofício de que trata o art. 11, a CGHOSP/DAHU/SAS/MS encaminhará ao estabelecimento hospitalar solicitante o endereço eletrônico ("link") do

Sistema FORMSUS, para preenchimento do formulário e declarações anexas que serão assinadas pelo dirigente do estabelecimento hospitalar.

§ 1º O formulário de que trata o "caput" será analisado pela Comissão Interministerial de Certificação, que verificará o cumprimento dos requisitos gerais e específicos fixados pelos arts. 5º e 6º.

§ 2º Após a verificação de que trata o § 1º, no caso de adequação, será agendada visita ao estabelecimento hospitalar solicitante para verificação "in loco" do atendimento aos requisitos gerais e específicos, fixados pelo arts. 5º e 6º, e das exigências para definição da tipologia do HE como HE-I ou HE-II, e requisitos adicionais.

§ 3º Os documentos comprobatórios originais de cumprimento dos critérios exigidos deverão ser apresentados por ocasião da visita dos certificadores na forma do § 2º, e poderão ser requisitados para verificação a qualquer momento pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

§ 4º A visita de avaliação ao estabelecimento hospitalar de que trata o § 2º será realizada pelo Grupo Técnico de Certificadores dos Ministérios da Saúde e da Educação, gerando relatório de visita, que posteriormente será analisado pela Comissão Interministerial de Certificação de Hospitais de Ensino, a qual deverá emitir parecer conclusivo.

§ 5º Caso a Comissão Interministerial de Certificação conceda ao estabelecimento hospitalar parecer favorável à certificação como HE, será editado ato específico dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação certificando o estabelecimento de saúde como Hospital de Ensino.

§ 6º Caso a Comissão Interministerial de Certificação conceda ao estabelecimento hospitalar parecer indicando um Termo de Ajuste, o estabelecimento hospitalar deverá, dentro do prazo estabelecido, atender às pendências listadas.

§ 7º O Termo de Ajuste somente poderá ser indicado em processos de renovação da certificação e quando houver pendências passíveis de solução até o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias após emissão do parecer.

§ 8º A documentação comprobatória ao cumprimento das pendências de que trata o § 6º deverá ser enviada à CGHOSP/DAHU/SAS/MS, para análise e encaminhamentos.

§ 9º O não atendimento ao Termo de Ajuste no prazo definido pela Comissão implicará no cancelamento imediato e automático da certificação da instituição.

§ 10. Caso a Comissão Interministerial de Certificação conceda parecer desfavorável à certificação como HE, o estabelecimento hospitalar, caso comprove que as pendências que motivaram o parecer desfavorável foram sanadas, poderá solicitar novamente sua certificação como HE, dando início a um novo processo.

Seção IV

Da Documentação Comprobatória

Art. 13. A documentação relacionada ao cumprimento dos requisitos gerais, específicos, e relacionada à definição da tipologia do HE, deverá estar disponível para verificação no estabelecimento hospitalar, por ocasião da visita do Grupo Técnico ou, a qualquer tempo, por solicitação da Comissão Interministerial de Certificação dos Hospitais de Ensino.

Art. 14. O cumprimento dos requisitos gerais de que trata o

art. 5º, será analisado pela Comissão Interministerial de Certificação dos Hospitais de Ensino através do SCNES e de outros meios que considerar pertinentes.

Parágrafo único. O estabelecimento hospitalar deverá informar os dados de identificação da(s) Instituição(ões) de IES a que esteja vinculado à Comissão Interministerial de Certificação dos Hospitais de Ensino.

Art. 15. Os requisitos dos arts. 6º, 8º e 9º serão comprovados através da seguinte documentação:

I - Cursos de graduação, pós-graduação, residências médicas e residências em áreas profissionais da saúde:

a) relação nominal de alunos e grade curricular do internato em medicina e outros cursos, especificando locais, duração e serviços onde cada estágio se realiza, emitidos pela(s) coordenação(ões) do(s) curso(s);

b) relação dos alunos matriculados no(s) curso(s) de pósgraduação "stricto sensu", com seu(s) respectivo(s) conceito(s) na CAPES, e descrição das atividades que são desenvolvidas no hospital, emitida pelo coordenador do programa de pós-graduação;

c) lista nominal dos residentes, médicos ou em área profissional da saúde, matriculados por ano, nos respectivos programas especificando locais, duração e serviços das atividades, emitida pelo Coordenador de Residência Médica ou em Área Profissional da Saúde local;

II - Docentes e preceptores:

a) relação dos docentes e preceptores de residência médica, por programa, com titulação e vínculo institucional emitida pela Comissão de Residência Médica (COREME), com a respectiva carga horária de dedicação ao ensino e ou preceptoria da residência; e

b) descrição do acompanhamento docente nas atividades na unidade hospitalar para estudantes de graduação em medicina e das outras áreas da saúde, de pós-graduação, com relação dos nomes, titulação e carga horária, emitida pela(s) coordenação(ões) do(s) curso(s);

III - Comissões Assessoras:

a) atas das reuniões das respectivas Comissões Assessoras nos últimos 12 (doze) meses; e

b) relatório gerencial das comissões, com metas e indicadores acompanhados nos últimos doze meses;

IV - Papel no sistema de saúde, políticas prioritárias e regulação do acesso:

a) documento que defina o papel do hospital no sistema loco-regional de saúde, forma de contratualização, formas de regulação do acesso, mecanismos de referência e contra referência com os demais pontos de atenção da RAS; emitida pelo gestor local do SUS;

b) descrição da participação do hospital nas políticas prioritárias do Ministério da Saúde e da rede loco-regional de saúde, incluindo a forma de participação nas redes temáticas de atenção à saúde, estando ou não inserida em plano de ação regional/PAR específico, emitida pelo gestor local do SUS;

c) comprovação de atividades de cooperação técnica de ensino e pesquisa com o SUS, emitidos pelo gestor local do SUS; e

d) cópia do contrato/convênio e seus aditivos com metas pactuadas com o gestor local regional para o estabelecimento hospitalar e Plano Operativo Anual;

V - Serviço de urgência e emergência: documento que comprove a implantação de Acolhimento com Classificação de Risco informando o protocolo utilizado, quando contar com Serviço de Urgência e Emergência ou Maternidade, emitido pelo Diretor do hospital;

VI - Garantia aos direitos do usuário: documento emitido pelo estabelecimento hospitalar informando:

a) regras praticadas para as visitas;

b) regras praticadas para acompanhantes para crianças, idosos e gestantes; e

c) aos usuários, os horários praticados para a visita aos pacientes, as normas utilizadas para a permanência de acompanhantes e a política adotada para o atendimento aos casos obstétricos; e VII - segurança do paciente:

a) documento ou ato normativo que institui o Núcleo de Segurança do Paciente nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Nº 36, de 25 de julho de 2013; e

b) Plano de Segurança do Paciente implementado ou em processo de implementação.

Art. 16. Os critérios adicionais de que trata art. 10 serão comprovados através da seguinte documentação:

I - Critério adicional I:

a) cópia do convênio/contrato de cooperação entre o estabelecimento hospitalar e as IES para desenvolvimento das atividades de avaliação de tecnologias em saúde e de ensino e pesquisa;

b) descrição dos mecanismos organizacionais para gestão das atividades de avaliação de tecnologias em saúde e de pesquisa e ensino no estabelecimento hospitalar;

c) projeto institucional para o desenvolvimento de atividades de avaliação de tecnologias em saúde e de pesquisa no estabelecimento hospitalar e na IES;

d) relação de grupos de pesquisa, pesquisadores e linhas de pesquisa desenvolvidas no estabelecimento hospitalar nos últimos dois anos; e

e) relação de projetos financiados por agências de fomento públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, relação de avaliação de tecnologias em saúde, das pesquisas concluídas e das publicações dos últimos dois anos;

II - Critério adicional II:

a) descrição da estrutura física utilizada para ensino na unidade hospitalar, salas de aula com sua capacidade e equipamentos disponíveis, emitido pela direção do hospital;

b) descrição das instalações da biblioteca da unidade hospitalar e/ou IES conveniada e dos portais virtuais acessíveis pelos residentes e alunos, emitido pela direção do hospital ou da IES; e

c) descrição dos portais virtuais acessíveis pelos residentes e alunos, no âmbito da unidade hospitalar, emitido pela direção do hospital;

III - critério adicional III: documento emitido pela COREME comprovando a adoção de critérios estabelecidos pelo PROVAB nos exames de ingresso aos programas de residência oferecidos pelo estabelecimento hospitalar;

IV - Critério adicional IV: descrição dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS praticados no hospital com:

a) acolhimento e rede: informar o protocolo utilizado e tempos de espera para atendimento de acordo com o protocolo;

b) clínica ampliada: descrição do projeto de organização de módulos de cuidado e/ou unidades de produção do hospital com constituição de equipes multiprofissionais, projeto de implementação de Prontuário Integrado (único) executado ou em execução;

c) cogestão: descrição da composição, periodicidade de reuniões e pautas do colegiado geral ou de unidades;

d) ambiência: projeto cogerido de ambiência executado ou em execução;

e) valorização do trabalho e do trabalhador: programas de prevenção de riscos no processo de trabalho executado ou em execução; e

f) defesa dos direitos dos usuários: serviço de Ouvidoria implementado;

V - Critério adicional V:

a) mapa dos riscos assistenciais descritos e gerenciados nos diferentes processos de trabalho do estabelecimento hospitalar; e

b) relatório sobre os programas para a garantia da Segurança Assistencial com indicadores e ações de melhorias desenvolvidas, contemplando minimamente, entre outras que se apliquem ao funcionamento da unidade hospitalar em questão:

1. as iniciativas institucionais relacionadas à identificação correta dos pacientes;

2. administração e guarda seguram dos medicamentos;

3. segurança dos procedimentos cirúrgicos;

4. prevenção de quedas;

5. prevenção de úlceras por pressão;

6. registros adequados e seguros nos prontuários dos pacientes;

7. higienização das mãos;

8. prevenção de infecções; e

9. gerenciamento dos resíduos de saúde;

VI - Critério adicional VI:

a) rotinas operacionais, fluxos e resultados das ações em vigilância epidemiológica e controle de infecções no estabelecimento hospitalar, conforme legislação vigente;

b) rotinas operacionais das áreas de hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância, padronização de medicamentos e avaliação de tecnologias em saúde (ATS) ou relatório da gerência de risco do hospital; e

c) rotinas operacionais das áreas de vigilância em saúde do trabalhador;

VII - critério adicional VII: relação dos programas institucionais de desenvolvimento de recursos humanos e de educação permanente, descrevendo o setor responsável no estabelecimento hospitalar ou na IES com relatório de ações anteriores com proposta para o exercício vigente, incluindo a relação nominal dos participantes;

VIII - critério adicional VIII: Relatório emitido pela direção com análise crítica dos resultados dos indicadores de gestão adotados no hospital e relatório gerencial sobre o comportamento dos programas institucionais direcionados para a qualidade hospitalar; e

IX - Critério adicional IX: regimento interno com descrição do organograma do hospital, lista dos constituintes de seus colegiados gestores e atas das cinco últimas reuniões. Parágrafo único. Caso julgue necessário e pertinente, a Comissão Interministerial de Certificação solicitará outros documentos necessários à comprovação dos requisitos gerais, específicos dos critérios para a classificação segundo a tipologia do HE e dos critérios adicionais.

Seção V

Da Validade da Certificação

Art. 17. A certificação como HE, emitido por ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação, poderá ter validade de 2 (dois) anos, 3 (três) anos ou 5 (cinco) anos, a depender da pontuação obtida na avaliação dos indicadores pertinentes ao escopo de atuação do estabelecimento hospitalar, sendo:

I - Válido por 2 (dois) anos, caso obtenha pontuação de nível I;

II - Válido por 3 (três) anos, caso obtenha pontuação de nível II; ou

III - válido por 5 (cinco) anos, caso obtenha pontuação de nível III.

§ 1º O MS e o MEC disponibilizarão nos respectivos sítios eletrônicos o Certificado do estabelecimento como Hospital de Ensino, HE-I ou HE-II, que deverá ser afixado em local visível do hospital.

§ 2º O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicarão um Manual Técnico para certificação dos Hospitais como HE, contendo os indicadores para avaliação do prazo de validade da certificação do hospital de que trata o "caput".

Art. 18. O HE certificado deverá atualizar os sistemas de informação dos Ministérios da Saúde e da Educação, conforme couber ao seu escopo de trabalho, comprometendo-se especialmente com a atualização do SCNES.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. Os casos omissos serão decididos pela Comissão Interministerial de Certificação.

§ 1º A Comissão Interministerial de Certificação poderá cancelar ou sobrestar a certificação a qualquer momento se descumprida qualquer das disposições estabelecidas nesta Portaria.

§ 2º A Comissão de que trata o "caput" poderá, em situações excepcionais devidamente justificadas, prorrogar a validade da certificação como HE da unidade hospitalar pelo prazo necessário à análise da renovação da certificação.

Art. 20. Os hospitais com a certificação vigente terão o prazo de 12 (doze) meses para se adequarem aos critérios estabelecidos nesta Portaria, sem prejuízo dos benefícios financeiros da atual certificação, desde que continuem cumprindo os requisitos da Portaria Interministerial nº 2.400/MEC/MS, de 02 de outubro de 2007. Parágrafo único. O prazo previsto no "caput" será contabilizado a partir da data de publicação desta Portaria.

Art. 21. Após decorrido o prazo previsto no art. 20, os HEI farão jus ao valor de Inventivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH) de no mínimo 50% (cinquenta por cento) da série histórica de referência da produção total da Média Complexidade Ambulatorial e

Hospitalar, nos termos da Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, e da Portaria nº 142/GM/MS, de 27 de janeiro de 2014.

Art. 22. Após decorrido o prazo previsto no art. 20 desta Portaria somente os HE-II farão jus ao valor de IGH de mínimo 60% (sessenta por cento) da série histórica de referência da produção total da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, nos termos da Portaria nº 3.410/GM/MS, de 2013, e da Portaria nº 142/GM/MS, de 2014.

Art. 23. Em caso de cancelamento da certificação, o estabelecimento hospitalar terá cancelado o recurso de Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) ou o IGH ou outro que venha a substituí-los com a mesma destinação, nos termos da legislação vigente.

Art. 24. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Ficam revogadas:

I - a Portaria Interministerial nº 2.400/MEC/MS, de 02 de outubro de 2007, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 191, do dia seguinte, Seção 1, p. 102; e

II - o §1º do art. 7º da Portaria nº 142/GM/MS, de 27 de janeiro de 2014, publicada no DOU nº 19, do dia seguinte, Seção 1, p. 26.

ARTHUR CHIORO

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

LUIZ CLÁUDIO COSTA

Ministro de Estado da Educação Interino

Metodologia para implantação da certificação no **HERSO** proposta pela gestão do INSV:

a. Levantar todos os documentos necessários para busca da certificação2.Produzir os documentos possíveis ao atendimento
b. Validar todo os documentos produzidos e dispor para o setor de qualidade divulgar;
c. Programar treinamento da equipe envolvida a execução das atividades apelo departamento do DEPE;
d. Certificar a equipe treinada pelo DEPE;

e. Monitorar a execução dos documentos e fluxos com indicadores de qualidade validados pela "comissão de educação" que será implantada pela nova gestão composta por membros do RH, setor de qualidade e DEPE;
f. Com equipe treinada, documentos validados e indicadores alcançados em no mínimo 80% será solicitado pela gestora INSV a certificação pela equipe do MEC;
g. Para a visita será garantido pela gestora todos os mecanismos necessários;
h. Em fase de existirem alguns ajustes e ou adequações apontadas pelo órgão certificador, garantiremos a execução dos mesmos dentro dos prazos estabelecidos.

O INSV tem o compromisso de valorizar e fomentar o ensino, pesquisa e extensão na unidade **HERSO** para isso, garantirá com incrementos de estrutura tecnológica, RH e estrutura física para dar condições da certificação de HE

8.1.6 Proposta De Implantação De Uma Revista Cientifica

1. Descrição

A comunicação científica é a disseminação de informações científicas por meio de publicações, conferências, apresentações e outros meios de comunicação. O objetivo é compartilhar conhecimento científico com outros pesquisadores e o público em geral (TARGINO, 2010).

Por este motivo a comunicação científica é uma parte essencial do processo científico, pois permite que os resultados da pesquisa sejam avaliados e verificados pela comunidade científica. Além disso, ajuda a promover a colaboração entre pesquisadores e a avançar o conhecimento (BARATA, 2016; PITALUGA; MARICATO, 2014).

Os principais meios de comunicação científica são: revistas científicas, conferências, relatórios técnicos e apresentações (BARATA, 2016; PITALUGA; MARICATO, 2014).

Portanto o foco deste projeto será a criação de uma revista científica para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - **HERSO** para a divulgação das pesquisas científicas que estão sendo feitas dentro da Unidade Hospitalar

2. Propósito / Justificativa

A revista científica é uma importante ferramenta para divulgar os resultados de pesquisas realizadas dentro do Hospital. Isso permite que outros profissionais da área possam

ter acesso aos resultados e utilizar as informações para aprimorar o conhecimento e melhorar a prática

Dado que o periódico é um espaço para compartilhar conhecimento entre profissionais. Isso pode incluir artigos que apresentam novas técnicas e metodologias, estudos de casos, revisões entre outros. Além disto, a publicação de artigos em uma revista científica pode aumentar a visibilidade dos autores e do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado, o que é extremamente importante para a divulgação científica também para o desenvolvimento de novas parcerias e colaborações (BARATA, 2016; PITALUGA; MARICATO, 2014).

3. Objetivo Geral

Promover a disseminação do conhecimento científico para profissionais da saúde e para a sociedade em geral, através da divulgação de pesquisas, estudos e descobertas relevantes para a área.

3.1 Objetivos Específicos

- Publicar artigos que sejam relevantes e inovadores para a área da saúde;
- Contribuir para o avanço da ciência na área da saúde;
- Avaliar a qualidade dos trabalhos submetidos à publicação, garantindo a confiabilidade dos resultados divulgados;
- Fomentar a pesquisa científica na área da saúde, incentivando a produção de novos estudos e descobertas.

4. Benefícios

A criação de uma revista científica para o **HERSO** trará mais visibilidade científica para o hospital e os autores, pois é uma forma de disseminação de pesquisas, estudos e descobertas na área da saúde. Ao publicar pesquisas científicas, as revistas ajudam a compartilhar novos conhecimentos e descobertas com a comunidade científica e com o público em geral.

5. Produto(s) e Principais Requisitos

O produto que vai ser entregue é a revista, o qual deve possuir as seguintes características:

- Revisão por pares: A revista científica de saúde deve ter um sistema robusto de revisão por pares para garantir a qualidade das pesquisas e artigos publicados. Esse processo envolve a avaliação do trabalho por outros especialistas da área, que fornecem feedback e sugestões para melhorias (RODRIGUES; QUARTIERO; NEUBERT, 2015).
- Foco na ciência: A revista deve ter um foco claro na ciência e no método científico. Todos os artigos publicados devem ser baseados em pesquisa empírica, e a revista deve evitar a publicação de artigos baseados apenas em opiniões ou especulações.
- Ética e integridade: A revista deve seguir rigorosos padrões éticos e de integridade (passar pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP). Isso inclui garantir que todas as pesquisas publicadas sejam realizadas de acordo com os mais altos padrões éticos, como a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes e a proteção da privacidade e confidencialidade das informações dos participantes.
- Acesso aberto: A revista deve oferecer acesso aberto a todos os artigos publicados. Isso significa que qualquer pessoa deve poder acessar e baixar os artigos sem ter que pagar uma taxa.
- Indexação e classificação: A revista deve ser indexada e classificada em bancos de dados científicos reconhecidos, como PubMed, Scopus, Web of Science, Scielo e BVS. Isso ajuda a garantir a visibilidade e a credibilidade da revista.
- Equipe editorial qualificada: A revista deve contar com uma equipe editorial qualificada, composta por especialistas na área da saúde, que possam avaliar os artigos submetidos à revista e garantir a qualidade dos mesmos.
- Boas práticas de publicação: A revista deve seguir boas práticas de publicação, como a garantia de que todos os artigos publicados possuam informações claras e precisas sobre autoria, conflitos de interesse, fontes de financiamento, entre outros aspectos relevantes.

Sendo assim, subtende-se que para ser uma revista científica de alta qualidade e credibilidade na área da saúde, é necessário seguir rigorosos padrões éticos, científicos e de integridade, além de ter uma equipe editorial qualificada e um processo robusto de revisão por pares.

6. Partes Interessadas (stakeholders)

As partes interessadas na revista científica são:

- Autores: aqueles que escrevem artigos científicos e submetem à revista para publicação.
- Leitores: aqueles que acessam e utilizam os artigos publicados para obter informações atualizadas sobre a saúde e a medicina.
- Revisores: aqueles que avaliam os artigos submetidos e fornecem feedback aos autores e editores da revista.
- Editores: aqueles que gerenciam o processo de revisão e seleção de artigos para publicação.
- Patrocinadores: organizações ou indivíduos que financiam a revista e apoiam suas atividades.
- Sociedades médicas: organizações profissionais que representam médicos e outros profissionais de saúde, que podem ser parceiras ou patrocinadoras da revista.
- Agências governamentais: entidades governamentais que financiam pesquisas em saúde e podem ter interesse na disseminação dos resultados dessas pesquisas por meio da revista.
- Comunidades e pacientes: aqueles que são afetados diretamente pelos resultados da pesquisa em saúde e podem utilizar a revista para acessar informações relevantes e compreender melhor sua condição de saúde.

7. Restrições

As restrições de uma revista científica podem variar dependendo de vários fatores, como o público-alvo, a área de atuação, o foco editorial, entre outros. No entanto, algumas restrições comuns incluem:

- Restrições ao tipo de artigos aceitos: Muitas revistas científicas têm restrições quanto aos tipos de artigos que aceitam para publicação. Por exemplo, algumas revistas podem se concentrar em estudos originais, enquanto outras podem aceitar revisões sistemáticas ou estudos de caso.
- Restrições quanto à qualidade do artigo: As revistas científicas da saúde geralmente têm padrões rigorosos de qualidade para os artigos que publicam. Os artigos devem apresentar metodologias sólidas, análises precisas e resultados significativos.

- Restrições quanto à originalidade do artigo: A maioria dos periódicos exigem que os artigos submetidos sejam originais e não tenham sido publicados ou submetidos a outras revistas.
- Restrições quanto à autoria: todos os autores devem atender aos critérios de autoria da revista e concordar com a submissão do artigo.
- Restrições quanto aos conflitos de interesse: As revistas científicas exigem que os autores declarem todos os conflitos de interesse potenciais relacionados ao artigo submetido.
- Restrições quanto ao idioma: Existem algumas restrições quanto ao idioma em que os artigos são submetidos ou publicados.

8. Equipe

A equipe será composta por:

- Coordenador (bibliotecário)
- Editor-chefe
- Editores associados
- Comissão da revista
- Diagramador
- Profissional de Letras
- Profissional de TI
- Revisores ad hoc

9. Marcos e Linha do Tempo

A criação da revista terá início imediato após aprovação do projeto e a estruturação ocorrerá no prazo de dois meses para o periódico passar a funcionar.

10. Orçamento

- ISSN: é a identificação por código de publicações seriadas.
- Detector de Plágio
- Editor chefe: responsável por liderar a equipe editorial e supervisionar o processo editorial. Geralmente um especialista respeitado com uma ampla experiência em sua

área de pesquisa e é responsável pela tomada de decisões finais sobre quais artigos serão publicados na revista. Uma que é responsável pela gestão do processo editorial, desde a submissão de um artigo até sua publicação. Isso pode incluir comunicação com autores e revisores, coordenação de revisões e garantia de que as políticas editoriais da revista sejam cumpridas (RODRIGUES; QUARTIERO; NEUBERT, 2015).

- Editores associados: geralmente são especialistas que trabalham em estreita colaboração com o editor-chefe para garantir que os artigos sejam avaliados de forma justa e rigorosa. Eles podem ser responsáveis por lidar com artigos em áreas específicas.
- Revisores: são especialista da área que revisam os artigos submetidos à revista. Eles fornecem feedback sobre a qualidade, originalidade e relevância do artigo e recomendam se o artigo deve ser publicado ou não. A revisão por pares é um aspecto crucial do processo editorial de uma revista científica.
- Responsável pela produção: responsável pela produção final da revista, incluindo edição de texto, layout, design gráfico e publicação.
- Indexador: responsável por indexar os artigos da revista nos bancos de dados indexadores como: Scielo, BVS, Pubmed e etc.
- Site: disponibilizar a revista para que as pessoas possam ter acesso ao conteúdo.

PLANO DE AÇÃO

5W2H REVISTA CIENTÍFICA	
What (O que será feito?)	Criar uma revista científica da saúde para publicação de artigos e pesquisas sobre temas relacionados à saúde.
Why (Por que será feito?)	Para compartilhar informações científicas relevantes e atualizadas, promovendo o avanço do conhecimento na área da saúde e auxiliando profissionais e estudantes.
Who (Quem fará?)	Uma equipe de profissionais da saúde e ciência da informação, incluindo editores e revisores.

Where (Onde será feito?)	A revista será publicação online e o escritório será dentro da biblioteca do **HERSO**
When (Quando será feito?)	A criação da revista terá início imediato após aprovação do projeto.
How (Como será feito?)	A revista será criada a partir de um planejamento detalhado, incluindo definição do público-alvo, temáticas a serem abordadas, formato da publicação e estratégias de divulgação. Será necessário contratar profissionais capacitados e utilizar ferramentas de qualidade para a revisão dos artigos e criação da revista.
How much (Quanto vai custar?)	O custo da criação e publicação da revista dependerá do tamanho da equipe, qualidade dos serviços contratados e quantidade de publicações. Um orçamento detalhado deverá ser elaborado para determinar o investimento necessário.

Referências

TARGINO, Maria das Graças. Comunicação Científica: uma revisão de seus elementos básicos. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.11, n.1, 2010. Disponível em: https://www.brapci.inf.br/_repositorio/2010/11/pdf_33e67453a4_0013710.pdf.

RODRIGUES, Rosangela Schwarz; QUARTIERO, Emanoel; NEUBERT, Patricia. Periódicos científicos brasileiros indexados na Web of Science e Scopus: estrutura editorial e elementos básicos. **Inf. & Soc.:Est.**, João Pessoa, v.25, n.2, p. 117-138, maio/ago. 2015. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/117/13920.

BARATA, Rita Barradas. Desafios da editoração de revistas científicas brasileiras da área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.3, p.929-939, 2019. Disponível em:https://www.scielo.br/j/csc/a/HJHZbydzcwtmBD3GLcJB5gQ/?format=pdf&lang=pt.

8.1.7 Departamento de Apoio Psicopedagógico (DAP) Aos Programas De Residência Médica E Multiprofissional Da Unidade De Saúde "**HERSO**"

Introdução

A Psicopedagogia é uma área que se dedica ao estudo dos processos de aprendizagem em todos os níveis de vida, sempre voltada para um olhar teórico transdisciplinar, o Psicopedagogo observa as características da aprendizagem humana, estuda como se aprende, como essa aprendizagem varia evolutivamente e está articulada a vários fatores, como se produzem as alterações na aprendizagem, como reconhecê-las, tratá-las e preveni-las. Nossa instituição a vê como "o estudo das modalidades de aprendizagem desencadeadas e/ou possibilitadas pela instituição-escola. Sua intenção é cuidar da prevenção e enfrentamento de conflitos envolvendo a escolarização. Este trabalho pressupõe uma postura profissional (e de vida) do indivíduo consigo mesmo e com a coletividade em que convive".

Assim, acreditando nesta premissa o **HERSO** instaurou, definitivamente, o DAP (DEPARTAMENTO DE APOIO PSICOPEDAGÓGICO), objetivando oferecer o atendimento psicopedagógico qualificado, contribuímos para melhor desempenho nas atividades acadêmicas dos programas de residências MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL da unidade. Nosso trabalho viabiliza, por meio de estratégias adequadas, o auxílio nas produções de métodos de organização e estudos que favoreçam a cada indivíduo e ao grupo, de acordo com sua modalidade de aprendizagem e na melhoria da relação individual e coletiva com a realidade do programa e da unidade.

Partindo da premissa da construção integral do homem, onde "o espírito humano conduz progressivamente à descoberta de sí próprio e cria, pelo conhecimento do mundo exterior e interior, formas melhores de existência humana" é que, esse projeto se justifica pela grande contribuição que promoverá aos profissionais residentes que aqui depositaram a sua confiança e desejo de aperfeiçoamento na carreira da área da saúde.

Objetivos Psicopedagógicos Gerais

- Possibilitar aos alunos dos programas de Residência multiprofissional E MULTIPROFISSIONAL, bem como de suas parcerias a intervenção psicopedagógico para melhorar a compreensão dos conteúdos, ajudando na apropriação dos conhecimentos;

- Pesquisar, analisar e interpretar a realidade educacional dos alunos dos programas de Residência multiprofissional E MULTIPROFISSIONAL do hospital **HERSO**;
- Contribuir para a fomentação e avaliação dos processos educacionais que ocorrem dentro e fora do espaço da unidade hospitalar;
- Colaborar no processo continuo de formação, cidadã e humano, focos da missão da unidade e dos programas ali ofertados;
- Colaborar com os coordenadores, tutores e preceptores dos programas nas questões relativas ao processo de ensino aprendizagem.

3. Objetivos Específicos

- Contribuir com a formação dos profissionais das áreas das Ciências, instrumentalizando-os com o desenvolvimento do autoconceito positivo e melhor inserção na atuação intelectual;
- Analisar as situações dos estudantes com dificuldades de aprendizagem a fim de proporcionar orientações e instrumentos que sejam capazes de modificar o conflito estabelecido;
- Intervir específica e individualmente, no que se refere aos problemas com o ensino, até a reflexão sobre o processo de ensino e aprendizagem como tal;
- Promover a melhoria da qualidade do ensino aprendizagem, sugerindo propostas de ensino e os materiais pedagógicos adequados às condições existentes em diferentes contextos de aprendizagem;
- Resignificar o espaço educacional com seus tempos, rituais, rotinas e processos de modo que possa efetivamente estar voltado para a formação de sujeitos, ativos, reflexivos, cidadãos atuantes e participativos.
- Trabalhar junto aos preceptores, coordenadores e tutores dos programas, orientando, apoiando e encaminhando a outros profissionais se necessário.
- Intervir com um trabalho de aconselhamento psicossocial aos residentes com diferentes problemas sociais e emocionais;
- Permitir o aprofundamento e confronto de conceitos importantes no processo de reflexão pessoal e social acerca da sua atuação profissional e a complexidade da assistência na unidade hospitalar.

4. Metodologia

Método de Atendimento

Com base na interpretação sistêmica do contexto educacional, esta proposta compreende o atendimento às solicitações relativas aos casos individuais concretos e ou coletivos a partir de uma perspectiva preventiva e institucional, discutindo as possibilidades de ampliar as perspectivas de vida e as possíveis soluções das situações problema, que interferem na vida acadêmica, fazendo os devidos encaminhamentos para a comunidade interna e/ou externa da unidade hospitalar. Significa assim, avaliar as relações e os intercâmbios que ocorrem entre residentes, coordenadores, tutores e preceptores para tratar dos conflitos entre estes atores sociais e o conhecimento.

Antes de se iniciar os encontros com os residentes para o atendimento psicopedagógico e/ou de aconselhamento será realizada uma entrevista psicológica com o objetivo de montar um perfil do residente para melhor desenvolver o atendimento.

Todas as informações são importantes para traçar metodologias educacionais e abordagens de atendimento e planejamento, além de verificar intervenções educativas e sociais anteriores e diferentes atendimentos. O trabalho de mediação psicopedagógico e de aconselhamento será realizado sempre dentro da unidade hospitalar **HERSO**, em horários a serem definidos pelos responsáveis pelos atendimentos.

Público Alvo

O atendimento em geral destina-se aos alunos residentes, em livre demanda, indicados pelos coordenadores dos programas de residência e, solicitação dos preceptores. As coordenações farão uma avaliação dos casos e, caso constate a necessidade farão o encaminhamento ao NAP. Desta forma, as intervenções psicopedagógicos dependerão primeiramente de indicação dos preceptores e avaliação dos coordenadores junto com os responsáveis pelo atendimento, mas ficará aberta para atendimento de demanda espontanea.

Recursos

- Vivenciar situações de sensibilização e calorização pessoal;
- Participar de dinâmicas de grupo com posterior reflexão e debate;
- Reflexões de pequenos textos lidos;

- Realização de produções artísticas em que se expressem situações sobre o conhecimento.
- Outras técnicas que se fizerem necessárias na individualidade e ou coletividade.

Cronograma

Atendimento poderá ser de no máxima durante 02 (dois) meses para cada residente podendo ser estendido conforme necessidade, porém, após avaliação criteriosa dos recursos disponíveis na unidade. E encaminhado para apoio com assistente social até que seja diagnosticada a resolução das demandas.

Controle De Frequência

A frequência mínima exigida é de 75% (setenta e cinco) e o controle será feito por meio de assinatura no controle de atendimento. Os residentes que não avisarem da falta ou não apresentarem uma justificativa poderão perder a vaga do atendimento.

Avaliação

A avaliação será realizada em diversas etapas:

- Ao final de cada encontro, onde cada ator social envolvido avaliará a sua participação e a validade do que foi realizado, visando o planejamento ou replanejamento do encontro seguinte;
- No final dos atendimentos individuais e ou coletivos os atores avaliarão o Projeto quanto a sua participação e quanto à validade do mesmo;
- A equipe do NAP reunir-se-ão, mensalmente e ou no máximo trimestral, com o objetivo de avaliar e, consequentemente, replanejar o andamento do Núcleo, mediante as necessidades emergentes nos grupos (reagrupamento, mudanças de ações, etc).

5. Referências

AZI, L. A. Transtornos mentais entre estudantes de medicina: estudo transversal de uma população. 2003.Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2003

BELLODI, P.L.; MARTINS, M. A. Tutoria: mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005

EIZIRIK, C. L. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GIGLIO, J. S. Um estudo de fatores biológicos, sociais e ambientais com provável influência no bem-estar psicológico de universitários. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, v. 3, n.7, p. 142-146, 1981.

8.1.8 Projeto de Implantação do Serviço de Proteção ao Usuário

Este trabalho propõe a implantação de um Serviço de Proteção ao Usuário - SEPRU para o **HERSO**, serviço este que será um canal permanente para receber sugestões e reclamações de pacientes, visitantes e acompanhantes, tornando-se importante instrumento de melhoria do atendimento aos usuários, com resposta rápida durante o horário comercial e, fora desse horário, possibilita controle e acompanhamento dos casos com o devido retorno, da informação acerca das providências, para os usuários. Horário comercial é de 8 às 18h

O SEPRU deve ser independente, reportando-se diretamente ao Diretor Geral.

Proposta de Implantação do Serviço De Proteção ao Usuário - SEPRU

O SEPRU tem uma função social importante no contexto de atenção à saúde no **HERSO**, com da função de:

- Proporcionar a operacionalização da oportunidade de melhoria contínua da instituição.
- Credibilidade e reconhecimento da Organização, pela sociedade, em virtude do respeito e valorização das suas demandas;
- Facilitar os processos de melhoria contínua, com base nas informações advindas dos usuários, visitantes e acompanhantes diretamente envolvidos nos processos de atenção à saúde, além de profissionais de saúde e fornecedores;
- Valorizar e incentivar o exercício da cidadania, através da participação dos usuários na gestão da Instituição;
- Reconhecer a importância da participação dos usuários para a melhoria dos serviços;
- Atuar como órgão representativo dos interesses dos usuários junto à diretoria da Organização;

- Resolver conflitos com os usuários extrajudicialmente, dentro da própria Organização.

Programas de Ação do SEPRU

O Serviço trabalha com 6 Módulos denominados Programas de Ação. São eles:

- ***Módulo 1. Programa Fale Conosco***

Funciona na sala do SEPRU - através de atendimento personalizado às demandas espontâneas dos cidadãos (usuários, familiares e profissionais), pessoalmente ou por telefone.

- ***Módulo 2. Programa Acesse o HERSO***

É o acesso do cidadão (usuário ou não) ao SEPRU, via Internet, e-mail.

- ***Módulo 3. Programa Caixa de Contribuição à Melhoria***

Mensagens escritas pelos profissionais do Hospital e depositadas em urna para coletar sugestões, críticas etc. dos funcionários sobre o dia-a-dia de trabalho. Podem ser anônimas.

- ***Módulo 4. Programa Ouvindo Você***

Visitas às enfermarias e corredores ambulatoriais, para o contato com os usuários, através da busca ativa de suas expressões (sugestões, queixas, elogios) e divulgação do SEPRU.

- ***Módulo 5. Programa Telemarketing da Qualidade***

Contatos telefônicos com os usuários, após alta hospitalar – aproximadamente 7 a 14 dias após, com a finalidade de averiguar possíveis queixas, sugestões e elogios sobre os serviços que utilizou no **HERSO**, nos diversos setores, proporcionando feed back para a equipe interna do **HERSO**.

- ***Módulo 6. Programa Caixa de Sugestões***

Questionário de Pesquisa de Opinião, respondido pelos usuários e depositados nas Caixas de Sugestões disponíveis nas recepções do Hospital.

Funcionamento do SEPRU

O SEPRU é o órgão representativo do usuário junto à direção da Instituição, destinado a receber, avaliar, divulgar e cobrar solução das reclamações ou sugestões dos usuários, além

de propor alternativas de solução rápida e ágil.

Horários de Atendimento do SEPRU:

- Com atendimento pessoal direto na sala do SEPRU, de segunda à sexta-feira, das de 8:00 as 12:00h e de 13:00 As 17:00h (demanda espontânea);
- Com atendimento por telefone de segunda à sexta-feira, das 8:00 às 12:00h e de 13:00 as 17:00h (demanda espontânea);
- Com atendimento por correio eletrônico 24h por dia;
- Pesquisa via telefone três vezes por semana, para contato com paciente de alta (busca ativa).

Atuação do SEPRU:

- Cada usuário deve receber pelo menos 01 visita enquanto internado;
- Cada usuário deve receber um telefonema após receber alta hospitalar;
- Na impossibilidade de realizar visitas a todos os usuários, deverão ser priorizados para visita os que estiverem com mais dias de internação e/ou aqueles que solicitaram alguma ajuda do SEPRU;
- No caso da impossibilidade de realizar ligações telefônicas a todos os usuários, deverão ser priorizados aqueles que não receberam visita enquanto internados; toda pergunta deve ser respondida.

Atribuições do SEPRU

- Escutar, investigar e representar o usuário junto à equipe diretiva do **HERSO**;
- Mediar a resolução de questões conflituosas extrajudicialmente, de forma rápida e ágil;
- Registrar e investigar denúncias, dando respostas ao reclamante no prazo máximo de 3 dias úteis;
- Incentivar os usuários a fazerem uso do SEPRU;
- Atender pessoalmente aos pacientes, familiares e acompanhantes por demanda espontânea, na sala da SEPRU, para escuta e registro de suas colocações sobre os serviços oferecidos pelo **HERSO** (queixas, elogios ou reclamações);
- Efetuar as ligações telefônicas para pacientes de alta hospitalar, para busca ativa das

avaliações sobre os serviços oferecidos pelo hospital (queixas, elogios ou reclamações);

- Atender às intercorrências – chamados nos vários setores de internação ou ambulatório do hospital, para encaminhar, resolver problemas de insatisfação ou dificuldades dos usuários quanto aos serviços oferecidos pelo **HERSO**;
- Realizar visitas na beira do leito, para contato direto com os pacientes internados e/ou acompanhantes para busca ativa sobre os serviços oferecidos pelo **HERSO** (queixas, elogios ou reclamações);
- Realizar visitas aos pacientes nos corredores ambulatoriais (salas de espera), para busca ativa sobre os serviços oferecidos pelo **HERSO** (queixas, elogios ou reclamações);
- Fazer contatos com gerentes e profissionais dos diversos Núcleos do Hospital bem como com outros serviços de saúde para encaminhamento às resoluções dos problemas dos usuários, com relação às responsabilidades da SEPRU;
- Preparar e encaminhar cartas oficiais para resposta aos usuários. Nenhuma reclamação ou sugestão poderá ficar sem resposta;
- Coletar dados e informações, registrando-os e analisando-os através de métodos estatísticos;
- Estabelecer indicadores de avaliação (tabulando por motivos, gravidade etc. dos comentários dos usuários);
- Preparar relatórios mensais sobre os registros do SEPRU, para apresentação aos gestores e diretoria do **HERSO**;
- Zelar pelo cumprimento dos direitos do usuário.

Estrutura física do SEPRU

- Sala reservada, com mobiliário e material de escritório, para atendimento ao usuário;
- Linha telefônica (independente) disponível para atendimento ao usuário;
- Formulário de Registro de Expressão do Usuário.

Atendimento pessoal do usuário

- Acolher o usuário de forma cortês e educada;
- Ouvir atentamente a colocação do usuário (falada, linguagem corporal etc.);
- Esclarecer dúvidas que o usuário tenha sobre os serviços do hospital;

- Esclarecer dúvidas quanto a expressão do usuário;
- Registar a expressão do usuário (à mão ou digitação) no Formulário de Registro de Expressão do Usuário;
- Apresentar o Registro ao usuário para leitura, aprovação e assinatura;
- Corrigir o Registro e reapresentar ao usuário quando for o caso;
- Estabelecer prazo de retorno ao usuário sobre o fato registrado;
- Agradecer ao usuário por sua participação;
- Despedir-se do usuário;
- Não registrar fatos ou assuntos que o usuário não tenha realmente expressado;
- Esclarecer todos os pontos que não ficaram claros, junto ao usuário;
- Usar linguagem escrita clara e objetiva;

Pesquisa com o usuário após alta hospitalar

- Ligar para o domicílio do usuário;
- Identificar-se e explicitar o motivo do contato (falar diretamente com o usuário paciente, e quando não for possível, com alguém que o acompanhou enquanto esteve internado);
- Interagir com o usuário em forma de diálogo, mediante roteiro da Pesquisa de Satisfação pós alta hospitalar;
- Ouvir atentamente sua fala e seus pontos de vista sobre sua estadia no hospital;
- Esclarecer dúvidas que o usuário tenha sobre os serviços do hospital;
- Agradecer ao usuário por sua participação;
- Despedir-se do usuário;
- Não registrar fatos ou assuntos que o usuário não tenha realmente expressado;
- Esclarecer todos os pontos que não ficaram claros, junto ao usuário;
- Anotar na relação de usuários de alta hospitalar, a data de contato com o mesmo.

Visita aos pacientes internados

- Dirigir-se até o leito onde está internado o paciente;
- Apresentar-se e expor os motivos da visita;
- Interagir com o usuário em forma a partir do roteiro da Pesquisa de Satisfação do Usuário enquanto internado;

- Ouvir atentamente a expressão do usuário (falada, linguagem corporal etc.);
- Esclarecer dúvidas que o usuário tenha sobre os serviços do hospital;
- Agradecer ao usuário por sua participação e desejar melhorias de saúde;
- Despedir-se do usuário;
- No caso de impossibilidade de visitar a todos os usuários internados, priorizar para visita, aqueles que estão internados há mais tempo;
- Usar linguagem falada clara e objetiva;
- Se o usuário não receber a visita enquanto internado, cuidar para que receba uma ligação telefônica após alta-hospitalar.

Atendimento de intercorrências

- Receber chamado de alguma área assistencial do **HERSO**;
- Dirigir-se ao local de chamada;
- Procurar o solicitante para esclarecer todos os detalhes sobre os motivos da solicitação;
- Realizar intervenção necessária para a solução do problema junto a outros Serviços do Hospital, se for caso;
- Dar retorno ao usuário envolvido e ao solicitante;
- Atender à solicitação com a maior brevidade possível;
- Dar retorno ao solicitante, imediatamente após a resolução do problema;
- Usar linguagem falada e escrita de forma clara e objetiva;
- Não havendo possibilidade de solução do problema por vias internas da Instituição, fazer contatos externos com a finalidade de resolver a problemática.

Atendimento via internet

- Verificar e-mails recebidos diariamente (período da tarde);
- Analisar os registros e responder por e-mail no dia em que foram abertos, mesmo que a resposta definitiva ainda não seja dada na ocasião;
- Responder ao usuário por e-mail com o prazo máximo de 24horas;
- Caso não seja possível dar retorno em até 24h após o recebimento do registro, justificar a demora junto ao usuário. O formulário a seguir é utilizado para registrar os comentários dos usuários

"OCORRÊNCIA DURANTE O ATENDIMENTO – HERSO"

Data:

Hora:

Nº Registro:

Usuário:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Fone:

Situação corrida:

_____

_____

_____

Assinatura do Usuário

Providências encaminhadas:

_____

_____

_____

Assinatura do SEPRU

Pesquisa de Opinião Ambulatorial

A pesquisa de opinião a seguir será solicitada a todos os pacientes internados e a pelo menos 40% dos atendimentos no Pronto Atendimento.

A pesquisa estará disponível junto às Caixas de Sugestões e também será utilizada quando a pesquisa for feita através de telefone.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL "A sua opinião é muito importante para nós! Nos ajudará a melhorar cada vez mais o atendimento aos usuários do SUS. Pedimos um minuto da sua atenção para saber o que você achou dos nossos serviços"		
Nome completo (opcional): Fone: e-mail: Unidade/setor em que foi atendido(a): Data e horário do atendimento:_____/____/____às_____horas		
Para melhor lhe atender responda por favor!	**Sim**	**Não**
Sentiu-se bem recebido(a), acolhido(a)?		
As instalações estavam adequadas e limpas? A espera, os banheiros, o quarto etc.? Detalhar abaixo, se desejar.		
Houve facilidade de acesso aos diversos setores?		
O ambiente estava limpo e em ordem? A espera, os banheiros, corredores, quarto etc.		
Houve rapidez no atendimento?		
Houve cortesia e profissionalismo?		
As informações foram transmitidas corretamente?		
Exames realizados foram entregues em tempo hábil?		
Ao procurar este Hospital você tinha uma imagem idealizada sobre ele. Após o atendimento, as expectativas foram atendidas?		
Comentários/Sugestões:		

_____

_____

Contatos do **HERSO** (e-mail e telefone)

Obrigado!

Pesquisa De Opinião Para Paciente Internado

A pesquisa poderá ser respondida pelo usuário no momento da alta, se o desejar, ou através de contato telefônico do SAC posteriormente.

TAD | PÁG. 01/02	TAD00034/VERSÃO 00:OUT/2019	PRODUZIDO POR CONTEÚDO

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

NOME:	PRONT.:	DN: / /	SEXO: ☐ M ☐ F
☐ PACIENTE ☐ ACOMPANHANTE ☐ COLABORADA (PACIENTE=ACOMPANHANTE)	UNIDADE:		DATA: / /

1.ACOLHIMENTO

CRITÉRIOS AVALIADOS	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	N/A
GENTILEZA E ATENÇÃO					
AGILIDADE NO ATENDIMENTO					
CLAREZA NAS INFORMAÇÕES					
OBSERVAÇÕES:					

2.ASSISTÊNCIA

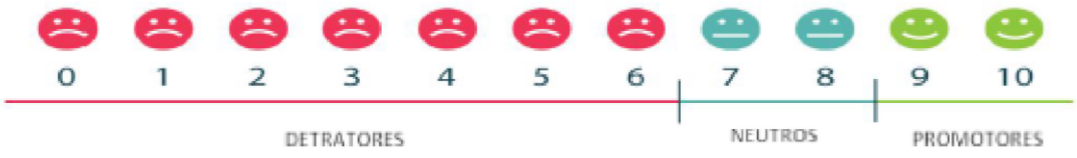
CRITÉRIOS AVALIADOS	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	N/A
GENTILEZA E ATENÇÃO					
IDENTIFICAÇÃO/APRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO					
RESPEITO À INTIMIDADE FÍSICA E À PRIVACIDADE DO PACIENTE					
RESPEITO AOS HORÁRIOS DE DESCANSO DO PACIENTE					
ESCLARECIMENTO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO					
CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPE					
CONFIANÇA E SEGURANÇA NO TRATAMENTO RECEBIDO E NAS INFORMAÇÕES DISPONIBILIZADAS					
OBSERVAÇÕES:					

3.SERVIÇOS PRESTADOS

CRITÉRIOS AVALIADOS	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	N/A
ACESSO AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HOSPITAL					
ACOMODAÇÕES DA INSTITUIÇÃO					
LIMPEZA DO AMBIENTE					
ENXOVAL RECEBIDO					
ALIMENTAÇÃO					
LOCOMOÇÃO DENTRO DO AMBIENTE HOSPITALAR					
OBSERVAÇÕES:					

4.NET PROMOTER SCORE - NPS

EM UMA ESCALA DE 0 A 10, O QUANTO VOCÊ RECOMENDARIA NOSSO HOSPITAL PARA UM AMIGO/PARENTE/FAMILIAR, CASO HAJA UMA NECESSIDADE?



PESQUISADOR

ASSINATURA E CARIMBO:

TAD | PÁG. 02/02	TAD00034/VERSÃO 00:OUT/2019	PRODUZIDO POR CONTEÚDO

PESQUISA DE SATISFAÇÃO | CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO

1.ACOLHIMENTO - AVALIA O ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA PORTARIA E RECEPÇÃO EM RELAÇÃO À:	
CRITÉRIOS AVALIADOS	
GENTILEZA E ATENÇÃO	COMO FOI O ATENDIMENTO DESTES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À GENTILEZA E ATENÇÃO? ATENDERAM BEM? COM ATENÇÃO DURANTE A ESCUTA? FORAM GENTIS? FORAM EDUCADOS?
AGILIDADE NO ATENDIMENTO	COMO FOI O ATENDIMENTO DESTES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À RAPIDEZ NO ATENDIMENTO? PASSOU MUITO TEMPO AGUARDANDO? DEMOROU PARA SER ATENDIDO? DEMOROU DURANTE O ATENDIMENTO?
CLAREZA NAS INFORMAÇÕES	COMO FOI O ATENDIMENTO DESTES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À CLAREZA DAS INFORMAÇÕES? HOUVE O ENTENDIMENTO DAS INFORMAÇÕES? A LINGUAGEM FOI APROPRIADA?

2.ASSISTÊNCIA - AVALIA A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, A SABER: MÉDICOS, ENFERMEIROS, TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, FISIOTERAPEUTAS, FARMACÊUTICOS, NUTRICIONISTAS, FONOAUDIÓLOGOS, PSICÓLOGOS, TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, ASSISTENTES SOCIAIS EM RELAÇÃO A:	
GENTILEZA E ATENÇÃO	COMO FOI O ATENDIMENTO DESTES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À GENTILEZA E ATENÇÃO? ATENDERAM BEM? COM ATENÇÃO DURANTE A ESCUTA? FORAM GENTIS? FORAM EDUCADOS?
IDENTIFICAÇÃO/APRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO	A PARESENTAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS PROFESSIONAIS FOI ADEQUADA? OS PROFESSIONAIS USAM CRACHÁ? APRESENTAM-SE DE FORMA CLARA E COMPREENSÍVEL? IDENTIFICAM-SE PELO NOME E PROFISSÃO?
RESPEITO À INTIMIDADE FÍSICA E À PRIVACIDADE DO PACIENTE	COMO FOI O COMPORTAMENTO DA EQUIPE EM RELAÇÃO AO RESPEITO À INTIMIDADE FÍSICA E PRIVACIDADE DO PACIENTE? NOS PROCEDIMETNOS COM EXPOSIÇÃO DA INTIMIDADE DO PACIENTE, HOUVE A UTILIZÇÃO DE CORTINAS, BIOMBOS, LENÇÓIS E OUTROS INSTRUMENTOS QUE GARANTISSEM SUA PRIVACIDADE? SENTIU SUA INTIMIDADE E PRIVACIDADE RESPEITADAS? OBSERVOU QUE A EQUIPE MANTEVE SIGILO SOBRE SUAS INFORMAÇÕES PESSOAIS?
RESPEITO AOS HORÁRIOS DE DESCANSO DO PACIENTE	COMO FOI O ATENDIMENTO DESTES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AO RESPEITO AOS HORÁRIOS DE DESCANSO DO PACIENTE? HOUVE ALGUM INCÔMODO/BARULHO DESNECESSÁRIO NO HORÁRIO DE DESCANSO (00:00 ÀS 04:00)?
ESCLARECIMENTO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO	COMO FOI O ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE EM RELAÇÃO AO ESCLARECIMENTO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO? RECEBEU INFORMAÇÕES OBJETIVAS, CLARAS E COMPREENSÍVEIS SOBRE SUA DOENÇA, DIAGNÓSTICO, EXAMES E PROCEDIMENTOS E ORIENTAÇÕES PARA ALTA? OS PROFISSIONAIS ESCLARECERAM SUAS DÚVIDAS?
CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPE	COMO FOI O ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS PRESTADOS? A HIGIENE FOI ADEQUADA? AS MEDICAÇÕES FORAM BEM ADMINISTRADAS (HORÁRIO, CUIDADOS)? FOI ATENDIDO DE PRONTIDÃO NAS INTERCORRÊNCIAS?
CONFIANÇA E SEGURANÇA NO TRATAMENTO RECEBIDO E NAS INFORMAÇÕES DISPONIBILIZADAS	OS PROFISSIONAIS TRANSMITEM CONFIANÇA E SEGURANÇA NO REPASSE DAS INFORMAÇÕES E TRATAMENTO OFERTADO? O PACIENTE SENTIU-SE SEGURO NO HOSPITAL?

3.SERVIÇOS PRESTADOS	
ACESSO AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HOSPITAL	HOUVE DEMORA EM REALIZAR EXAMES E PROCEDIMENTOS? HOUVE CANCELAMENTO DE EXAMES E/OU PROCEDIMENTOS? FILA DE ESPERA NA PRÓPRIA UNIDADE (CIRURGIAS ELETIVAS).
ACOMODAÇÕES DA INSTITUIÇÃO	AS INSTALAÇÕES FÍSICAS DO HOSPITAL SÃO ADEQUADAS E CONFORTÁVEIS (ILUMINAÇÃO, FRIO/CALOR, BARULHO)?
LIMPEZA DO AMBIENTE	O AMBIENTE É HIGIENIZADO COM FREQUÊNCIA? A INSTITUIÇÃO MANTÉM O AMBIENTE LIMPO (ENFERMARIA, BANHEIRO, HOSPITAL COMO UM TODO)?
ENXOVAL RECEBIDO	HÁ TROCA FREQUENTE DO ENXOVAL? É LIMPO? O TAMANHO É ADEQUADO?
ALIMENTAÇÃO	A ALIMENTAÇÃO OFERTADA É ADEQUADA QUANTO À QUANTIDADE E QUALIDADE?
LOCOMOÇÃO DENTRO DO AMBIENTE HOSPITALAR	O TRANSPORTE INTERNO ATENDE EM TEMPO HÁBIL? (LOCOMOÇÃO PARA ADMISSÃO NA ENFERMARIA, REALIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS).

NPS
CRITÉRIOS AVALIADOS
OS USUÁRIOS CONFEREM UMA NOTA, NUMA ESCALA DE 0 A 10, CONSIDERANDO TODA A SUA JORNADA NO HOSPITAL, CLASSIFICADOS COMO PROMOTORES, NEUTROS E DETRATORES. CONFORME AS NOTAS DO NPS, OS SERVIÇOS PODEM SER CLASSIFICADOS EM QUATRO ZONAS: ZONA DE EXCELÊNCIA – ENTRE 76 E 100; ZONA DE QUALIDADE – ENTRE 51 E 75; ZONA DE APERFEIÇOAMENTO – ENTRE 1 E 50; ZONA CRÍTICA – ENTRE 0 E 100.

Utilização do resultado das Pesquisas de Satisfação

As pesquisas serão transformadas em indicadores para que possam ser interpretadas muito mais rápido e muito mais facilmente, sem a necessidade de analisar extensos documentos.

Os indicadores se subdividem em:

(i) Indicadores de satisfação dos usuários, provenientes das pesquisas ativas e passivas junto aos usuários,

(ii) Indicadores de ocorrências de insatisfação, onde os usuários manifestam desagrado importante com críticas objetivas

(iii) Indicadores de falhas operacionais onde são registrados os erros operacionais que impactaram no atendimento e/ou satisfação dos usuários.

Os indicadores serão computados mensalmente e enviados para a Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa, Gerência de Enfermagem e Chefias das Clínicas.

As áreas operacionais deverão responder a todas as ocorrências que forem de insatisfação dos usuários (o grau de insatisfação do usuário é alto) e a todas as ocorrências de falhas operacionais. As pesquisas que identificarem insatisfações e/ou sugestões de melhorias deverão ser tabuladas e consolidadas por área e assunto.

Consentimento informado

O Consentimento Informado é uma exigência legal no atendimento hospitalar quando existe a necessidade de procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que envolvam algum risco ao paciente em decorrência de ato cirúrgico ou uso medicamentoso.

O modelo de Consentimento Informado a ser utilizado no **HERSO**:

Consentimento Informado

Por este instrumento particular o (a) paciente.....ou seu responsável Sr. (a), declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a), inscrito(a) no CRM sob o nº_____para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido

profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico (a), atendendo ao disposto nos art. 22º e 34° do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO:_____
_____

COMPLICAÇÕES:_____
_____

CBHPM:_____CID:_____

Infecção Hospitalar

A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infectores Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

- Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
- Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
- Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
- Cirurgias infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que este caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Santa Helena de Goiás, / /2023 .

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome:

RG/CPF

Ass. Médico Assistente

Nome:

RG/CPF

CRM/UF

8.1.9 Projeto de Central Humanizada de Internação (CHI)

A Central Humanizada de Internação terá como finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos de forma centralizada e servir de interface entre a Unidade de Saúde e as Centrais de Regulação correspondentes, de forma integrada e pactuada, visando otimizar a utilização do

leito. O objetivo principal é promover a equidade do acesso e da integralidade da assistência e ajustar a oferta às necessidades imediatas do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

8.1.10 Arte no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**)

O projeto Arte do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)** inserido no Programa de Humanização, terá como objetivo levar exposições artísticas de temas variados para a unidade, promovendo o acesso à cultura por parte de seus pacientes, acompanhantes e colaboradores. A iniciativa revela-se resultados satisfatórios no tratamento de seus usuários. Com isso, observa-se que a arte também é um importante remédio.

8.1.11 Dose de Letras

Com o objetivo de incentivar a leitura, minimizar e prevenir efeitos e sintomas negativos do tratamento em saúde, o projeto Dose de Letras no **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)** será implantado com a Coordenação do Serviço Social.

O projeto funcionará da seguinte forma: de segunda a sexta-feira um carrinho, que abriga a biblioteca itinerante, passa pelos corredores do hospital oferecendo o empréstimo de livros e revistas para os pacientes internados e para os acompanhantes.

8.1.12 Projeto Hoje

Visando proporcionar pacientes incapazes de frequentar o ensino regular devido suas condições de saúde pretendemos articular com a Secretaria Estadual de Educação a implantação do Projeto Hoje do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO).**

O Projeto Hoje é uma iniciativa bem sucedida em hospitais da capital e em alguns municípios do interior, à qual desde 1999 oferece ensino especial a estudantes da rede básica

estadual e municipal de ensino assim como estudantes de outros estados em tratamento em Goiás e que estejam matriculados nas escolas da rede estadual ou municipal de Goiás.

Atualmente, o trabalho do Núcleo de Atendimento Educacional do Hospitalar hoje é desenvolvido nos hospitais da Rede Estadual de Saúde da cidade de Goiânia e, em situações excepcionais, oferece atendimento domiciliar. Nos demais municípios amplia-se o atendimento domiciliar.

8.1.13 Comunicadores da Alegria

Os principais jornalistas de Goiás serão convidados para uma experiência diferente junto aos pacientes **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO).** Em vez de noticiar o que acontece na saúde pública, eles terão a oportunidade de fazer parte e acompanhar de dentro para fora o trabalho realizado para a cura dos enfermos. Vestidos de palhaços, os comunicadores levarão palavras positivas e brincadeiras para os pacientes atendidos no hospital e Ambulatório. O evento acontecerá anualmente em local a ser definido dentro das instalações da Unidade.

8.1.14 Acreditação Hospitalar

Acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. Esse processo é uma tendência mundial. Nos Estados Unidos, por exemplo, diversos hospitais também buscam a certificação em Acreditação em Saúde.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA), por exemplo, é uma das entidades licenciadas para certificar a qualidade de serviços de saúde em instituições de saúde do Brasil com foco na segurança do paciente e na gestão da qualidade. Com a certificação os hospitais mostram para a sociedade que oferecem serviços de saúde com máxima qualidade.

O **INSV** irá buscar, a partir do 1º ano de Contrato de Gestão, manter Acreditação Hospitalar (ONA) e buscar continuidade no processo de ONA (2 e 3) para **o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO),** adotando medidas de segurança do paciente e qualidade do atendimento nos serviços de saúde.

8.1.15 Telemedicina

Hoje, a telemedicina está inserida em um conceito mais amplo, conhecido mundialmente como e Health ou "saúde digital". Segundo a HIMSS – Healthcare Information and Management Systems Society, eHealth é qualquer aplicação da internet, utilizada em conjunto com outras tecnologias de informação, focada em prover melhores condições aos processos clínicos, ao tratamento dos pacientes e melhores condições de custeio ao Sistema de Saúde.

Além disso, as vantagens da telemedicina também incluem a otimização do tempo e a redução de custos operacionais, como compra de papel, impressão de laudos e despesas logísticas. Ela pode ser aplicada em clínicas médicas de diversos tamanhos e especialidades, além de unidades focadas em medicina ocupacional.

Otimização do tempo

Os dados do paciente e os resultados de seus exames ficam disponíveis na web, protegidos para que apenas os profissionais e o paciente possam visualizá-los. Dessa forma, o médico e seus colaboradores conseguem acessar o conteúdo rapidamente e de qualquer local. O arquivo é recebido instantaneamente pela central da empresa de telemedicina.

Se esses resultados fossem enviados por correio, o tempo de espera seria de dias ou até semanas. Além disso, os laudos ficam disponíveis 24 horas por dia na nuvem, um tipo de compartilhamento on-line que permite acessar, guardar e editar arquivos remotamente. Existe uma melhora significativa na organização para encontrar arquivos e fazer a segunda via de laudos. Com a versão na web, é possível ainda pesquisar e consultar informações com muito mais agilidade, otimizando o tempo dos profissionais de saúde.

Aumento da Capacidade de Serviços

As vantagens da telemedicina também aparecem no aumento da agilidade dos processos. É possível que os laudos sejam enviados e fiquem disponíveis na web para diferentes equipes e profissionais. Um arquivo eletrônico, diferentemente da versão em papel, pode ser acessado simultaneamente por múltiplos usuários.

O prazo para que os resultados sejam entregues também é menor, pois uma empresa de telemedicina conta com suporte disponível em tempo integral. Ou seja, o empresário que contrata uma empresa para emitir laudos médicos on-line "contrata" funcionários à distância. Dessa maneira, o conforto para os profissionais de saúde aumenta e a probabilidade de erros médicos diminui.

Custos Menores

Para realizar e emitir laudos dos exames sem um sistema on-line, uma clínica precisa de investimento na infraestrutura, na logística e no quadro de funcionários. Porém, se o centro de documentação estiver localizado fora da clínica, é possível reduzir os gastos consideravelmente. Os profissionais podem usar tablets, computadores e smartphones para analisar exames, dispensando o uso de estações de trabalho para análise. Não é necessário manter um corpo clínico disponível em tempo integral. As clínicas só pagam pelos laudos emitidos, conforme a demanda de pacientes e exames do dia.

Nas emissões de laudos no próprio local, é necessária uma grande estrutura para armazenar todos os laudos físicos e não misturar os resultados de cada paciente, sem contar com os gastos elevados de impressão. Com um sistema on-line, é possível armazenar os arquivos de todos os pacientes em uma única plataforma, que pode ser acessada de diferentes computadores. Assim, há economia de espaço no consultório e de gastos para impressão e armazenamento.

O investimento tecnológico é compensado pela eficiência e economia de recursos que é gerado a médio e longo prazo.

Maior Rapidez no Tratamento

Os laudos on-line são feitos com extrema rapidez e enviados para o paciente, que pode marcar uma consulta com seu especialista. A partir do diagnóstico, o médico pode prescrever um tratamento eficaz para a patologia apresentada.

Se o laudo médico demorasse a ser liberado, o tratamento também demoraria. Quando a situação clínica é de alta complexidade, as diversas equipes podem debater os resultados e chegar a uma conclusão rapidamente. Dessa forma, os laudos on-line são vantajosos, já que são emitidos de forma mais ágil.

A tecnologia evoluiu muito, e, hoje em dia, é possível agilizar diversos processos e evitar deslocamentos desnecessários do paciente entre diversas clínicas e laboratórios com a ajuda de um sistema eficaz.

O **INSV** propõe a implantação de um sistema eficiente e eficaz onde por meio de atendimento médico online, contatos telefônicos e aplicação de questionários e instrumentos validados e padronizados. Esta forma de triagem pode aperfeiçoar recursos, detectando somente aqueles pacientes de maior risco de desenvolvimento de transtornos físicos e neuropsicológicos

Proposição de Outras Especialidades além das Constantes no Perfil da Unidade (*Práticas Integrativas e Complementares)*

Coerente com as necessidades e as demandas da região o **INSV** se propõe a implantar e/ou enriquecer o arsenal dos recursos já existentes do hospital **HERSO** ampliando o campo de atuação ao incluir "outros recursos terapêuticos" em benefício das políticas públicas e da comunidade

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças como depressão e hipertensão. Em alguns casos, também podem ser usadas como tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas.

O Brasil é referência mundial na área de práticas integrativas e complementares na atenção básica. É uma modalidade que investe em prevenção e promoção à saúde com o objetivo de evitar que as pessoas fiquem doentes. Além disso, quando necessário, as **PICS** também podem ser usadas para aliviar sintomas e tratar pessoas que já estão com algum tipo de enfermidade

Evidências científicas têm mostrado os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares. Além disso, há crescente número de profissionais capacitados e habilitados e maior valorização dos conhecimentos tradicionais de onde se originam grande parte dessas práticas. As Práticas Integrativas e Complementares não substituem o tratamento tradicional. Elas são um adicional, um complemento no tratamento e indicadas por profissionais específicos conforme as necessidades de cada caso.

A seguir segue as PIC´s a serem implantadas:

8.1.16 Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Retrata simbolicamente as leis da natureza e valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando a integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (Acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a Acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Achados arqueológicos permitem supor que essa fonte de conhecimento remonta há pelo menos 3.000 anos. A denominação chinesa zhen jiu, que significa agulha (zhen) e calor (jiu), foi adaptada nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII como Acupuntura (derivada das palavras latinas acus, agulha e punctio, punção). O efeito terapêutico da estimulação de zonas neurorreativas ou "pontos de acupuntura" foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa.

No ocidente, a partir da segunda metade do século XX, a Acupuntura foi assimilada pela medicina contemporânea, e graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países tanto do oriente como do ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas

científicas. Admite-se atualmente, que a estimulação de pontos de Acupuntura provoque a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária 14.

A OMS recomenda a Acupuntura aos seus Estados-membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do *National Institutes of Health* dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras.

A MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tui- na, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (Fitoterapia Tradicional Chinesa), relacionadas à prevenção agravos e de doenças, promoção e recuperação da saúde.

No Brasil, a Acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1988, por meio da Resolução Nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve as suas normas fixadas para o atendimento nos serviços públicos de saúde. Vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a Acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas Unidades Federais.

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) a consulta médica em Acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo País. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema).

De acordo com o diagnóstico da inserção da MNPC nos serviços prestados pelo SUS e dados do SIA/SUS, verifica-se que a Acupuntura está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais.

Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.

Premissa: desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa- Acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Centros Especializados

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade. Deverão participar do sistema referência/contra referência, atuando de forma resolutiva no processo de educação permanente.

Para toda inserção de profissionais que exerçam a acupuntura no SUS será necessário o título de Especialista.

Deverão ser elaboradas normas técnicas e operacionais compatíveis com a implantação e desenvolvimento dessas práticas no SUS.

- Incentivo à capacitação para que a equipe de saúde desenvolva ações de prevenção de agravos, promoção e educação em saúde individuais e coletivas - na lógica da MTC, uma vez que essa capacitação deverá envolver conceitos básicos da MTC e práticas corporais e meditativas. Exemplo: Tuí-Na, Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, e outros que compõem a atenção à saúde na MTC.
- Incentivo à formação de banco de dados relativos a escolas formadoras.
- Articulação com outras áreas visando ampliar a inserção formal da MTC/Acupuntura nos cursos de graduação e pós-graduação para as profissões da saúde.

Para usuários:

Divulgação das possibilidades terapêuticas; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais, além de ênfase no aspecto de prevenção de agravos e promoção das práticas corporais.

Para profissionais

Divulgação dos usos e possibilidades, necessidade de capacitação específica, de acordo com o modelo de inserção; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais e papel do profissional no Sistema.

Para Gestores

Usos e possibilidades terapêuticas, necessidade de investimento em capacitação específica de profissionais, de acordo com o modelo de inserção; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais; possível redução de custos e incentivos federais para tal investimento.

Estabelecimento de normas relativas aos insumos necessários para a prática da MTC/Acupuntura com qualidade e segurança: agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados; moxa (carvão e/ou artemísia); esfera vegetal para acupuntura auricular; esfera metálica para acupuntura auricular; copos de ventosa; equipamento para eletro acupuntura; mapas de pontos de Acupuntura.

Elaboração de Banco Nacional de Preços para esses produtos.

Para o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação, deverão ser criados códigos de procedimentos, indicados a seguir, para que os indicadores possam ser compostos.

Serão contemplados para a criação dos códigos SAI/SUS para registro e financiamento dos procedimentos de acupuntura as categorias profissionais regulamentadas.

Inserção de códigos de procedimentos para informação e financiamento.

- Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas - Agulhamento seco em zonas neurorreativa de Acupuntura (pontos de Acupuntura).
- Sessão de Acupuntura - Outros procedimentos.
- Aplicação de ventosas - Consiste em aplicar recipiente de vidro ou plástico, onde gera-se vácuo, com a finalidade de estimular Zonas Neurorreativas (Pontos de Acupuntura).
- Eletroestimulação - Consiste em aplicar estímulos elétricos determinados, de frequência variável de 1 a 1000 Hz, de baixa voltagem e baixa amperagem em Zonas Neurorreativas (pontos de Acupuntura).

- Aplicação de laser de baixa potência em Acupuntura - Consiste em aplicar um estímulo produzido por emissor de laser de baixa potência (5 a 40 mW), em Zona Neurorreativa de Acupuntura.

Inserção nos códigos 04.011.03-1; 04.011.02-1; 0702101-1; 0702102-0, já existentes na tabela SIA/SUS, dos profissionais faltantes - para registro das ações de promoção da saúde em MTC/Acupuntura.

Criação de códigos para registro de práticas corporais

Considerando que a MTC contempla em suas atividades de atenção à saúde práticas corporais, deverão ser criados códigos específicos para as práticas corporais no SUS para registro da informação.

- Práticas corporais desenvolvidas em grupo na unidade, a exemplo do Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi gong, automassagem.
- Práticas corporais desenvolvidas em grupo na comunidade, a exemplo do Tai chi chuan, Lian gong, Chi gong; automassagem.
- Práticas corporais individuais, a exemplo do Tuí-Na, meditação, Chi Gong; automassagem.

Avaliação dos Serviços Oferecidos

Estabelecimento de critérios para o acompanhamento da implementação e implantação da MTC/Acupuntura, tais como: cobertura de consultas em Acupuntura; taxa de procedimentos relacionados com a MTC/Acupuntura; taxa de ações educativas relacionadas com a MTC/Acupuntura; taxa de procedimentos relativos às práticas corporais - MTC/Acupuntura, entre outros.

Acompanhamento da ação dos estados no apoio à implantação desta Política Nacional.

Para tanto, deverá ser estabelecida integração com todas as áreas do MS, visando a construção de parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

Incentivo a linhas de pesquisa em MTC/Acupuntura que:

- Aprimorem a sua prática e avaliem a sua efetividade, segurança e aspectos econômicos, num contexto pragmático, associado ou não a outros procedimentos e práticas complementares de saúde; experiências exitosas (serviços e municípios).

- Identifiquem técnicas e condutas mais eficazes, efetivas, seguras e eficientes para a resolução de problemas de saúde de uma dada população.
- Apontem estratégias para otimização da efetividade do tratamento pela Acupuntura e práticas complementares.
- Estabelecer intercâmbio técnico-científico visando o conhecimento e a troca de informações decorrentes das experiências no campo da formação, educação permanente e pesquisa com países onde a MTC/Acupuntura esteja integrada ao serviço público de saúde.
- Deverá ser observado, para o caso de pesquisas clínicas, o desenvolvimento de estudos que sigam as normas da Conep/CNS.
- Para viabilizar o financiamento do modelo de atenção proposto, deverão ser adotadas medidas relativas:
- À inserção dos códigos de procedimentos com o objetivo de ampliar as informações sobre a MTC/Acupuntura no Sistema e promover o financiamento das intervenções realizadas.
- À garantia de um financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/Acupuntura para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional.
- Consideração: Deverá ser realizada avaliação trimestral do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

8.1.17 Homeopatia e Fitoterapia

Homeopatia é uma abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes, e cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultra diluição de medicamentos. Envolve tratamentos com base em sintomas específicos de cada indivíduo e utiliza substâncias altamente diluídas que buscam desencadear o sistema de cura natural do corpo. Os medicamentos homeopáticos da farmacopeia homeopática brasileira estão incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

A Homeopatia está baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século

XVIII, após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a Homeopatia foi introduzida por Benoit Mure em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

Em 1979, é fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução Nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução Nº 232/1992, revogada pela Resolução nº 319/997); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução Nº 622). A partir da década de 80, alguns estados e municípios brasileiros começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, pela Resolução nº 4/88, a Ciplan fixou normas para o atendimento em Homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em Homeopatia.

Com a criação do SUS e a descentralização da gestão ocorreu ampliação da oferta de atendimento homeopático. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em Homeopatia que, desde sua inserção como procedimento na tabela do SIA/ SUS vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. No ano de 2003 o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades da federação, 16 capitais, 158 municípios, contando com registro de 457 profissionais médicos homeopatas. E está presente em pelo menos 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em Homeopatia em 12 unidades da federação. Conta ainda com a formação do Médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Embora venha ocorrendo aumento da oferta de serviços, a assistência farmacêutica em Homeopatia não acompanha essa tendência. Conforme levantamento da AMHB, realizado em 2000 apenas 30% dos serviços de homeopatia da rede SUS forneciam medicamento

homeopático. Dados do levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que apenas 9,6% dos municípios que informaram ofertar serviços de homeopatia, possuem farmácia pública de manipulação.

A implementação da Homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que:

Recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Desta forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde.

Fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo.

Atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência.

Em 2004, com o objetivo de estabelecer processo participativo de discussão das diretrizes gerais da Homeopatia, que serviram de subsídio à formulação da presente Política Nacional, foi realizado pelo Ministério da Saúde o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, intitulado "A Homeopatia que queremos implantar no SUS". Reuniu profissionais, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Universidades Públicas; Associação de Usuários de Homeopatia no SUS; entidades homeopáticas nacionais representativas; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselhos Federais de Farmácia e de Medicina; Liga Médica Homeopática Internacional (LMHI) entidade médica homeopática internacional e representantes do MS e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Plantas Medicinais e a Fitoterapia

A Fitoterapia é uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de

origem vegetal". O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza estas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo.

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sócio-diversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente este conhecimento.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a Fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público, entre os quais destacam-se:

A Resolução Ciplan Nº 8/88, que regulamenta a implantação da Fitoterapia nos serviços de saúde e cria procedimentos e rotinas relativas a sua prática nas unidades assistenciais médicas;

O Relatório da 10a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que aponta no item 286.12: "incorporar no SUS, em todo o País, as práticas de saúde como a Fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares" e, no item 351.10: "o Ministério da Saúde deve incentivar a Fitoterapia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares".

A Portaria nº 3916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, a qual estabelece, no âmbito de suas diretrizes para o desenvolvimento científico e tecnológico: "... deverá ser continuado e expandido o apoio às pesquisas que visem o aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas".

O Relatório do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado em 2003, que entre as suas recomendações, contempla: "integrar no Sistema Único de Saúde o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos".

O Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que aponta a necessidade de se "investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica".

A Resolução nº 338/04 do Conselho Nacional de Saúde que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual contempla, em seus eixos estratégicos, a "definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação dessa opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País". 2005 - Decreto presidencial de 17/02/05 que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de Fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, em todos os municípios brasileiros, verificou-se que a Fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

No âmbito federal, cabe assinalar, ainda, que o Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos tendo em conta, em especial, a intersetorialidade envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Em 2003, o Ministério promoveu o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Ambas as iniciativas aportaram contribuições importantes para a formulação desta Política Nacional, como concretização de uma etapa para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Homeopatia

Premissa: desenvolvimento da Homeopatia em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção. Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

- Garantir as condições essenciais à boa prática em Homeopatia, considerando as suas peculiaridades técnicas, infraestrutura física adequada e insumos.
- Apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção básica, obedecendo aos seguintes critérios:
- Priorizar mecanismos que garantam a inserção da atenção homeopática dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF.
- Na unidade de atenção básica prestar atendimento, de acordo com a demanda espontânea ou referenciada, aos usuários em todas as faixas etárias.
- No caso da unidade da Saúde da Família (SF) possuir um profissional homeopata como médico da Saúde da Família, a ele deve ser oportunizada a prática da Homeopatia, sem prejuízo das atribuições pertinentes ao profissional da estratégia de saúde da família.
- Apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção especializada:
- Nos ambulatórios de especialidades ou nos centros de referência, prestar atendimento, de acordo com a demanda, aos usuários em todas as faixas etárias e prestar apoio técnico aos demais serviços da rede local.
- Estabelecer critérios técnicos de organização e funcionamento da atenção homeopática em todos os níveis de complexidade, de modo a garantir a oferta de serviços seguros, efetivos e de qualidade, avaliando as iniciativas já existentes nas unidades federadas e com a participação das sociedades científicas homeopáticas reconhecidas.
- Estabelecer intercâmbio técnico-científico visando o conhecimento e a troca de informações relativas às experiências no campo da atenção homeopática com países onde a homeopatia esteja integrada ao serviço público saúde.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

- Criar mecanismos de financiamento que garanta o acesso aos insumos inerentes à prática da homeopatia:
- Repertório homeopático e matéria médica homeopática em forma impressa e em software.

Criar incentivo para a garantia de acesso a medicamentos homeopáticos na perspectiva dê:

- Incentivo a implantação e/ou adequação de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, com possibilidade de ampliação para fitoterápicos, que atendam demanda e à realidade loco-regional; segundo critérios estabelecidos, e em conformidade com a legislação vigente.
- Estímulo a implantação de projetos para produção de matrizes homeopáticas nos laboratórios oficiais visando o fornecimento as farmácias de manipulação de medicamentos homeopáticos locais ou regionais.
- Garantir mecanismos de financiamento para projetos e programas de formação e educação permanente, que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, mediante demanda loco-regional e pactuação nos Polos de Educação Permanente em Saúde.
- Para a estruturação física dos serviços o Ministério da Saúde dispõe anualmente de financiamento federal por meio de convênios a partir de projetos apresentados ao Fundo Nacional de Saúde, cabendo também aos estados e municípios o co-financiamento para a estruturação dos serviços de atenção homeopática.
- Garantir financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da Homeopatia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular.
- Consideração: Deverá ser realizada avaliação periódica do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

- Inclusão da Homeopatia na política de Assistência Farmacêutica das três esferas de gestão SUS.Contemplar na legislação sanitária, Boas Práticas de Manipulação para farmácias com manipulação de homeopáticos que atenda as necessidades do SUS nesta área.
- Ampliar a oferta de medicamentos homeopáticos, por intermédio de farmácias públicas de manipulação que atendam a demanda e as necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área e com ênfase à assistência farmacêutica.
- Criar incentivo voltado à implantação ou melhoria de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos (possibilidade de ampliação para fitoterápicos), com

contrapartida do município e/ou estado para a sua manutenção e segundo critérios pré-estabelecidos.

- Elaboração de Banco Nacional de Preços para os materiais de consumos necessários ao funcionamento da farmácia de manipulação para dar suporte ao processo de licitação realizado pelos estados e municípios.

Incentivar a produção pelos laboratórios oficiais de:

- Matrizes homeopáticas visando o seu fornecimento às farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, estimulando parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e baseando-se na lista de policrestos e semi-policrestos definida pela Farmacotécnica Homeopática Brasileira - 2ª edição de 1997.
- Medicamentos homeopáticos pelos laboratórios oficiais, objetivando o seu fornecimento aos estados e municípios e segundo estudos de viabilidade econômica.
- Induzir e apoiar a iniciativa local na Identificação dos medicamentos - formas farmacêuticas, escalas, dinamizações e métodos empregados - necessários e mais utilizados nos serviços de Homeopatia já existentes, elaborando, a partir, uma relação de orientação para a produção dos medicamentos e para as unidades de saúde, sujeita à revisão periódica e atendendo à realidade local.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

- Promover a discussão da homeopatia na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, por intermédio das instituições formadoras da área, dos usuários e dos profissionais de saúde homeopatas, visando a qualificação dos profissionais no SUS.
- Articular, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente em Saúde no SUS, a realização de diagnóstico acerca das dificuldades e limitações atuais na prática clínica homeopática, no que se refere à formação e à necessidade de educação permanente dos profissionais homeopatas que atuam nos diversos níveis de complexidade do SUS, da atenção básica à atenção especializada.
- Prover apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento de projetos e programas de formação e educação permanente, que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em Homeopatia aos profissionais do SUS considerando:
- A adoção de metodologias e formatos adequados às necessidades e viabilidades locais e/ou loco-regionais, incluindo o ensino a distância e a formação em serviço.
- A pactuação de ações e iniciativas no campo da Educação Permanente em Saúde e que atenda a demanda loco-regional.

- Elaborar material informativo com o objetivo de apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente dos profissionais homeopatas, observando: os princípios e diretrizes do SUS; as recomendações da Política de Educação Permanente; os critérios estabelecidos pelas instituições homeopáticas de representação nacional, em termos das habilidades e competências dos profissionais homeopatas; e as diretrizes desta política.
- Apoiar técnica e financeiramente a estruturação física da homeopatia nos centros de referência, com atribuições: na implementação de atividades de ensino em serviço (estágios, formação e educação permanente); no desenvolvimento de pesquisas em homeopatia de interesse para o SUS; na integração de atividades de assistência, ensino e pesquisa, em articulação com princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente em Saúde no SUS.
- Promover a inclusão da racionalidade homeopática nos cursos de graduação e pós-graduação strictu e lato sensu para profissionais da área de saúde.
- Promover a discussão sobre a homeopatia no processo de modificação do ensino de graduação.
- Fomentar e apoiar junto ao Ministério da Educação projetos de residência em Homeopatia.
- Fomentar e apoiar iniciativas de criação e manutenção de Fórum Virtual Permanente, permitindo um espaço de discussão acerca da formação/episteme homeopática e modelo de atenção, de modo a tornar disponíveis produções, experiências e documentos visando à implementação da atenção homeopática no SUS.
- Apoiar a realização de fóruns de homeopatia nas três esferas de governo, objetivando a discussão e a avaliação da implantação e implementação da Homeopatia no SUS.
- Estabelecer intercâmbio técnico-científico visando o conhecimento e a troca de informações decorrentes das experiências no campo da formação, educação permanente e pesquisa com países onde a Homeopatia esteja integrada ao serviço público saúde.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

- Desenvolver instrumentos adequados de acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS com ênfase: no acompanhamento e na avaliação das dificuldades de inserção identificadas e sua superação; e na criação de mecanismos para coleta de dados que possibilitem estudos e pesquisas e que sirvam como instrumentos no processo de gestão.

- Acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção homeopática no SUS.
- Incluir no sistema de informação do SUS os procedimentos em Homeopatia referente à atividade de educação e saúde na atenção básica para os profissionais de saúde de nível superior.
- Identificar o estabelecimento Farmácia de Manipulação Homeopática no cadastro de estabelecimentos de saúde.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

- Incluir a Homeopatia na agenda de atividades da comunicação social do SUS.
- Produzir materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação da homeopatia respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral.
- Apoiar e fortalecer ações inovadoras de Informação e divulgação sobre homeopatia em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.
- Identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em homeopatia.
- Prover apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em homeopatia considerando a pactuação de ações e iniciativas de Educação Permanente em Saúde no SUS.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

- Identificar e estabelecer rede de apoio, em parceria com instituições formadoras, associativas e representativas da homeopatia, universidades, faculdades e outros órgãos dos governos federal, estaduais e municipais, visando:
- O fomento à pesquisa em Homeopatia.
- A identificação de estudos e pesquisas relativos à Homeopatia existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações.
- Criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em Homeopatia realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional.

- Identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento - Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros - para a pesquisa em Homeopatia.
- Apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre homeopatia.
- Priorizar as linhas de pesquisas em Homeopatia a serem implementadas pelo SUS, em especial aquelas que contemplem a avaliação da eficácia, da eficiência e da efetividade da Homeopatia, visando o aprimoramento e consolidação da atenção homeopática no SUS.
- Apoiar a criação e implantação de protocolos para avaliação de efetividade, resolubilidade, eficiência e eficácia da ação da Homeopatia nas endemias e epidemias.
- Acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção homeopática no SUS.

Nas Plantas Medicinais e Fitoterapia

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

- Realizar diagnóstico situacional das plantas medicinais e fitoterápicos utilizadas em programas estaduais, municipais e outros relacionados ao tema.
- Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e fitoterápicos nas Relações Nacionais, baseado nos conceitos de eficácia e segurança.
- Identificar as necessidades da maioria da população, a partir de dados epidemiológicos das doenças passíveis de serem tratadas com plantas medicinais e fitoterápicos.
- Elaborar monografias padronizadas das plantas medicinais e fitoterápicos constantes nas Relações.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

- Tornar disponíveis plantas medicinais e/ou fitoterápicos nas Unidades de Saúde, de forma complementar, seja na estratégia de saúde da família, seja no modelo tradicional ou nas unidades de média e alta complexidade, utilizando um ou mais dos seguintes produtos: planta medicinal "in natura", planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado.
- Quando a opção for pelo fornecimento da planta medicinal "in natura", deverão ser observados os seguintes critérios:
- Fornecimento das espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais.

- Fornecimento do memento referente às espécies utilizadas.
- Utilização das espécies identificadas botanicamente, cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, solo e água.
- Implantação e manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais e/ou estimulando hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, para o fornecimento das plantas.
- Quando a opção for pelo fornecimento da planta seca (droga vegetal), deverão ser observados os seguintes critérios:
- Fornecimento das espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais.
- Fornecimento do memento referente às espécies utilizadas.
- Utilização das espécies identificadas botanicamente, cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, solo e água.
- Obtenção da matéria-prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, cooperativas, associações de produtores, extrativismo sustentável ou outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal.
- Oferta de local adequado para o armazenamento das drogas vegetais.

Quando a opção for pelo fornecimento do fitoterápico manipulado, deverão ser observados os seguintes critérios:

- Fornecimento do fitoterápico manipulado conforme memento associado à Relação Nacional de Plantas Medicinais e legislação pertinente para atender às necessidades do SUS nesta área.
- Utilização de matéria-prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, cooperativas, associações de produtores, extrativismo sustentável ou outros, com alvará ou licença de órgãos competente para tal.
- Utilização dos derivados de matéria-prima vegetal, processados de acordo com as boas práticas de fabricação, oriundos de fornecedores com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal.
- Ampliação da oferta de fitoterápicos, por intermédio de farmácias públicas com manipulação de fitoterápicos, que atenda a demanda e as necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área.

- Elaboração de monografias sobre produtos oficinais (fitoterápicos) que poderão ser incluídos na farmacopéia brasileira.
- Contemplar na legislação sanitária, Boas Práticas de Manipulação para farmácias com manipulação de fitoterápicos que atendam às necessidades do SUS nesta área.

Quando a opção for pelo fornecimento do fitoterápico industrializado, deverão ser observados os seguintes critérios:

- Fornecimento do produto conforme a Relação Nacional de Fitoterápicos.
- Estímulo à produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais.
- Fornecimento de fitoterápicos que atendam à legislação vigente.
- Aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços municipais de assistência farmacêutica.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

- Definir localmente, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente em Saúde no SUS, a formação e educação permanente em plantas medicinais e fitoterapia para os profissionais que atuam nos serviços de saúde.
- A educação permanente de pessoas e equipes para o trabalho com plantas medicinais e fitoterápicos, dar-se-á nos níveis:
- Básico interdisciplinar comum a toda equipe: contextualizando a PNPIC, contemplando os cuidados gerais com as plantas medicinais e fitoterápicos.
- Específico para profissionais de saúde de nível universitário: detalhando os aspectos relacionados à manipulação, uso e prescrição das plantas medicinais e fitoterápicos.
- Específico para profissionais da área agronômica: detalhando os aspectos relacionados à cadeia produtiva de plantas medicinais.
- Estimular a elaboração de material didático e informativo visando apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente.
- Estimular estágios nos serviços de fitoterapia aos profissionais das equipes de saúde e estudantes dos cursos técnicos e graduação.
- Estimular as universidades a inserir nos cursos de graduação e pós-graduação, envolvidos na área, disciplinas com conteúdo voltado às plantas medicinais e fitoterapia.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

- Desenvolver instrumentos de acompanhamento e avaliação.
- Monitorar as ações de implantação e implementação por meio dos dados gerados.
- Propor medidas de adequação das ações, subsidiando as decisões dos gestores a partir dos dados coletados.
- Identificar o estabelecimento Farmácia de Manipulação de Fitoterápicos no cadastro de estabelecimentos de saúde.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

- Resgatar e valorizar o conhecimento tradicional e promover a troca de informações entre grupos de usuários, detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, técnicos, trabalhadores em saúde e representantes da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos.
- Estimular a participação de movimentos sociais com conhecimento do uso tradicional de plantas medicinais nos Conselhos de Saúde.
- Incluir os atores sociais na implantação e implementação desta Política Nacional no SUS.
- Ampliar a discussão sobre a importância da preservação ambiental na cadeia produtiva.
- Estimular a participação popular na criação de hortos de espécies medicinais como apoio ao trabalho com a população, com vistas à geração de emprego e renda.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

- Para a obtenção de plantas "in natura" - planejar a partir da articulação entre as esferas de competência a implantação e manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais ou hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, para o fornecimento das plantas.
- Para a obtenção de plantas secas - planejar a partir da articulação entre as esferas de competência a obtenção de matéria-prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, cooperativas, associações de produtores, extrativismo sustentável ou outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal.

- Para a obtenção de fitoterápico manipulado - criar incentivo voltado à implantação ou melhoria das farmácias públicas de manipulação de fitoterápicos, com possibilidade de ampliação para homeopáticos, com contrapartida do município e/ou estado para a sua manutenção e segundo critérios pré-estabelecidos e legislação pertinente para atender às necessidades do SUS nesta área.
- Para a obtenção de fitoterápico industrializado - incentivar a produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais, assim como criar incentivo para aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços de assistência farmacêutica.
- Para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da Fitoterapia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional - garantir financiamento específico.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

- Garantir linhas de financiamento nos Ministérios da Saúde, da Agricultura, do Meio Ambiente, da Ciência e Tecnologia, nas Fundações de Amparo à Pesquisa, na OMS/Opas, para pesquisas sobre os itens da Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e para estímulo à produção nacional, visando assegurar o fornecimento regular ao mercado interno.
- Incorporar à Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização para o SUS na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa e Saúde.
- Estimular linhas de pesquisa em fitoterapia nos cursos de pós-graduação strictu sensu junto às universidades e institutos de pesquisa.
- Incentivar a realização e a aplicação de protocolos para o desenvolvimento de pesquisa em fitoterapia, relacionada aos aspectos epidemiológicos, clínicos e da assistência farmacêutica.
- Promover pesquisa e desenvolvimento tecnológico, com base no uso tradicional das plantas medicinais, priorizando as necessidades epidemiológicas da população, com ênfase nas espécies nativas e naquelas que estão sendo utilizadas no setor público e nas organizações dos movimentos sociais.
- Garantir recursos para apoio e desenvolvimento de centros de pesquisas clínicas na área da fitoterapia.
- Incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia.

- Implantar bancos de dados dos programas de fitoterapia, das instituições de pesquisas, dos pesquisadores e dos resultados de pesquisas com plantas medicinais e fitoterápicos.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

- Divulgar as Relações Nacionais de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos.
- Garantir o suporte técnico em todas as etapas de implantação e implementação da Fitoterapia.
- Envolver os gestores do SUS no desenvolvimento das ações de comunicação e divulgação, oferecendo os meios necessários (conteúdos, financiamento e metodologias, entre outros).
- Desenvolver campanhas educativas buscando a participação dos profissionais de saúde com vistas ao uso racional.
- Desenvolver ações de informação e divulgação aos usuários do SUS, por meio de cartazes, cartilhas, folhetos, vídeos, entre outros, respeitando as especificidades regionais e culturais do País.
- Incluir a Fitoterapia na agenda de atividades da comunicação social do SUS.
- Desenvolver ações de farmacoepidemiologia e farmacovigilância.
- Identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em fitoterapia.
- Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:
- Financiamento aos laboratórios oficiais de controle de qualidade.
- Implantação/inserção de sistema de informação sobre o uso, os efeitos e a qualidade destes medicamentos.
- Formação dos profissionais de VISA para o monitoramento da qualidade destes medicamentos.
- Apoio aos serviços de vigilância sanitária para o desempenho neste campo.

Consideração: Deverá ser realizada avaliação trimestral do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

8.1.18 Agência Transfusional, Terapia Transfusional e outros Procedimentos Terapêuticos

A Agência Transfusional do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**) receberá um ampliação e incrementos, onde a Unidade Hemoterapia que terá como função, armazenar sangue e seus derivados, realizar exames imunohematológicos pré transfusionais, liberar e transportar os produtos sanguíneos para as transfusões nos setores do Complexo Hospitalar.

O objetivo principal será garantir o suprimento de sangue seguro aos receptores atendidos e manter os registros, com total rastreabilidade dos hemocomponentes.

Serviços a serem oferecidos

1. Atendimento aos setores do hospital nas necessidades transfusionais;
2. Realizar os exames pré-transfusionais;
3. Identificar as reações transfusionais através de exames e notificações na NOTIVISA/ANVISA;
4. Realizar controle de qualidade interno dos reagentes e hemocomponentes;
5. Participar do controle de qualidade externo promovido pelo Hemope/ANVISA;
6. Fracionar o sangue para as transfusões em pacientes pediátricos;
7. Atendimento as exigências das normas vigentes da APEVISA/ANVISA;
8. Promover ações para captação de doadores de sangue;
9. Participar do Comitê Transfusional Multidisciplinar.

Normas de Atendimento:

- Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual);
- Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterapia e hematológica, bem como a legislação vigente;
- Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento;
- Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;

- Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicas pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO;
- Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins;
- Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).
- Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterapia;
- Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente;
- Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:
    - Programa de Controle da Qualidade Interno.
    - Programa de Avaliação Externa da Qualidade.
    - Programa de Treinamento e Educação Permanente.

Figura 8.1.18-1 - Testes Transfusionais

Horário de Funcionamento

A Unidade Hemoterápicas que prestará atendimento das 07:00 as 17:00 de segunda a sexta, atendendo a demanda transfusional do complexo hospitalar e servindo de suporte hemoterápicas, com fornecimento de hemocomponentes e hemoderivados para as instituições de saúde conveniadas.

Rotinas:

1. Recebimento Requisição de transfusão de sangue
2. Recebimento Amostras
3. Registrar 4- Executar Testes (paciente)
4. Executar Testes (bolsa)
5. Executar Prova de compatibilidade
6. Liberação Curso de Boas Práticas no Ciclo do Sangue Q

Art. 173.

- Todos os tubos devem ser rotulados no momento da coleta
- Nome completo do receptor sem abreviaturas, seu número de identificação
- Identificação do coletador e data da coleta
- Sendo recomendável a identificação por código de barras ou etiqueta impressa.

- **Tubos que não estejam corretamente identificados não serão aceitos pelo serviço de hemoterapia**

Registros

Os registros dos componentes sanguíneos liberados para transfusão conterão os seguintes dados:

1. Data de entrada;
2. Número ou alfa número de identificação do componente sanguíneo;
3. Especificação da unidade de componente sanguíneo;
4. Volume da unidade de componente sanguíneo;
5. Tipagem ABO e RhD;
6. Data de validade da unidade de componente sanguíneo;
7. Data da transfusão;
8. Nome completo do receptor;
9. -Número de registro e localização do receptor;
10. Tipagem ABO e RHD do receptor;
11. Resultado da pesquisa de anticorpos anto eritrocitários;
12. Resultado das provas de compatibilidade.

Reações

A instituição de assistência à saúde que realiza transfusões terá um sistema para detecção, notificação e avaliação das reações transfusionais:

- Na suspeita de reação transfusional o paciente receberá atendimento imediato e tanto o médico assistente quanto o serviço de hemoterapia que preparou a transfusão deverão ser comunicados.
- A instituição de assistência à saúde manterá os registros no prontuário do paciente referentes à investigação e à conduta adotadas nas reações transfusionais.

- O comitê transfusional do serviço de hemoterapia ou da instituição de assistência à saúde será informado e monitorará as reações transfusionais ocorridas zelando pelo atendimento e notificação dessas reações.

9 QUALIDADE OBJETIVA: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões.

9.1 Implantação das Comissões, Núcleos e Comitê

9.1.1 Comissão de Ética Médica

REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1.º A Comissão de Ética Médica da Unidade desempenha suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizadoras, por delegação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás - CREMEGO.

Art. 2.º A Comissão de Ética Médica exerce suas funções sobre todos os médicos em atividade assistencial, didática, administrativa ou de pesquisa na UNIDADE, regularmente registrados no CREMEGO.

Art. 3.º A Comissão de Ética Médica é autônoma em relação à Administração da Unidade, mantendo com a mesma, relação de assessoria em ações educativas, fiscalizadoras e sindicantes.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA

Art. 4.º A estrutura da Comissão de Ética Médica compreende

- Colegiado;
- Presidência;
- Secretariado;
- Apoio administrativo.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5.º A Comissão de Ética Médica na Unidade será composta por, no mínimo seis membros, constituindo o Colegiado, que participam das atividades inerentes a Comissão de Ética Médica e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto.

§ 1.º O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) ou do CREMEGO.

§ 2.º Os três membros mais votados na eleição serão considerados titulares, os demais serão considerados suplentes.

§ 3.º Todos os membros titulares e suplentes serão convocados para as reuniões.

Art. 6.º Os membros eleitos escolherão, por votação, o presidente e o secretário.

Parágrafo único. No caso de vacância destes cargos, os membros da Comissão de Ética Médica em votação e, por aprovação da sua maioria, procederão à substituição dos mesmos, cujos substitutos exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Art. 7.º Durante a gestão, os membros da Comissão de Ética Médica poderão, em qualquer momento, por sua maioria, em reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e nova eleição do seu presidente e ou secretário.

Art. 8.º Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica:

- Os médicos que exercer cargos de gerência, direção técnica, clínica ou administrativa na Instituição;
- Os médicos que não estejam em dia com o CREMEGO;
- Os médicos residentes;
- Os médicos estagiários e os médicos voluntários.

§ 1.º Os membros da Comissão de Ética Médica que posteriormente passarem a exercer cargos de gerência, direção técnica, clínica ou administrativa da Unidade deverão ser imediatamente afastados.

§ 2.º O desligamento da Instituição implica no seu automático desligamento da Comissão de Ética Médica.

§ 3.º Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica médicos que por ventura sofreram processos com sanções éticas nos últimos dez anos.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9.º - Compete à Comissão de Ética Médica:

- Supervisionar, orientar e avaliar na Unidade o exercício ético e legal da atividade médica;
- Comunicar ao CREMEGO quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- Comunicar ao CREMEGO o exercício ilegal da profissão;
- Instaurar sindicância, quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica ou por solicitação do CREMEGO, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca da situação apurada, encaminhando-o ao CREMEGO, sem emitir juízo de valor a respeito dos fatos que apurar;
- Desenvolver atividade educativa através de discussões, divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos Institutos, Departamentos e Serviços na Unidade e Comissão de Residência Médica (COREME) se assim a tiver instituída;
- Fornecer subsídios à Gestão na Unidade, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- Atuar preventivamente, conscientizando os médicos na Unidade quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético, através de reuniões, e meios disponíveis;
- Divulgar aos médicos e usuários da Unidade, sua constituição, finalidades e localização;
- Manter estreita relação com a Comissão de Análise de Óbitos e Biopsias, através do exame dos relatórios da totalidade dos óbitos ocorridos na Unidade e seus laudos necroscópicos, quando existirem, e da colaboração na avaliação da qualidade dos prontuários dos pacientes.

Art. 10. Compete ao colegiado da Comissão de Ética Médica:

- Eleger o Presidente e o Secretário;
- Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- Desenvolver as atribuições conferidas a Comissão de Ética Médica;

- Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder à sindicância;
- Convocar reunião extraordinária, por solicitação da sua maioria, para discutir assuntos considerados relevantes;
- Aprovar material de divulgação, emitido pela Comissão de Ética Médica.

Art. 11. Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

- Representar a Comissão de Ética Médica perante a gestão da Unidade e a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, bem como às suas diversas Comissões e ao CREMEGO;
- Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- Convocar o secretário ou, na ausência deste membro da Comissão de Ética Médica, para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;
- Encaminhar ao CREMEGO os Relatórios de Sindicâncias devidamente apuradas;
- Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar Relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias, bem como responder às consultas referentes a assuntos éticos;
- Participar das reuniões da Comissão de Residência Médica (COREME), conforme convocação da mesma, tendo direito a voz, porém sem direito a voto;
- Aprovar,*ad referendum* do colegiado, material de divulgação da Comissão de Ética Médica.

Art. 12. Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

- Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;
- Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos a Comissão de Ética Médica;
- Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica.

Art. 13. Compete ao apoio administrativo

- Receber os expedientes encaminhados a Comissão de Ética Médica;
- Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise na Comissão de Ética Médica;
- Manter o arquivo da Comissão de Ética Médica em ordem;
- Confeccionar memorandos, ofícios e rotinas operacionais da Comissão de Ética Médica;

- Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da Comissão de Ética Médica;
- Proceder as convocações para as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- Proceder as convocações para as oitivas;
- Preservar, em sigilo, os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos;
- Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais.

CAPÍTULO V

DAS ELEIÇÕES

Art. 14. O diretor clínico da instituição designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CREMEGO.

Parágrafo único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 15. A Comissão Eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na Unidade, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição, validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 16. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com o artigo 5.º deste Regimento.

§ 1.º No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2.º O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

Art. 17. A Comissão Eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18. A Comissão Eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da Comissão Eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 19. O resultado da eleição será lavrado em ata pela Comissão Eleitoral, que deverá ser encaminhada ao CREMEGO para homologação e registro.

Art. 20. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, dois dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao CREMEGO, se necessário.

Art. 21. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo CREMEGO.

Parágrafo único. O CREMEGO emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 22. A Comissão se reunirá ordinariamente, bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes for necessário para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Art. 23. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado, em caso de empate.

Art. 24. As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica serão conduzidas pelo Presidente ou Secretário, na ausência do primeiro, em dia e hora devidamente divulgados com, pelo menos, a metade dos membros convocados, após quinze minutos do início previsto.

§ 1.º Na ausência do Presidente e do Secretário, os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e o Secretário (a) que deverão conduzir a reunião.

§ 2.º Os membros que porventura não comparecerem à reunião ordinária ou extraordinária deverão justificar sua ausência ao presidente da Comissão de Ética Médica, antes da reunião, por escrito.

§ 3.º Os membros que apresentarem três ausências consecutivas deverão justificar ao Colegiado quanto sua permanência na Comissão de Ética Médica e o mesmo se aplica aos membros que se ausentarem por cinco reuniões não consecutivas, mesmo que justificadas.

Art. 25. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CREMEGO.

§ 1.º Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CREMEGO.

§ 2.º Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CREMEGO.

Art. 26. Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Art. 27. O mandato da Comissão de Ética Médica será de (24) meses.

CAPÍTULO VII

DA APURAÇÃO INTERNA

Art. 28. A apuração interna será instaurada mediante:

- Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- *Ex officio*, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao CREMEGO para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 29. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão de Ética Médica designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 30. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 31. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica, ao CREMEGO e ao CFM.

Art. 32. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o arquivamento ou o encaminhamento ao CREMEGO.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 33. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao respectivo CREMEGO.

Art. 34. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao CREMEGO para as providências cabíveis.

Art. 35. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

Art. 36. Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CREMEGO, para a competente tramitação.

Art. 37. Constatada a existência de indícios de infração administrativa, o fato deverá ser comunicado à Gestão da Unidade, para as providências cabíveis.

art. 38. Em casos considerados de menor gravidade pela Comissão de Ética Médica, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas *ad referendum* do CREMEGO.

§ 1.º Havendo conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2.º Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do Relatório ao CREMEGO.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 39. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CREMEGO, conforme preconiza o Código de Ética Médica.

art. 40. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao CREMEGO relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 41. Os casos omissos serão decididos pelo respectivo CREMEGO.

Art. 42. Este Regimento Interno está de acordo com a Resolução CFM n.º 2152/2016 que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências dos Estabelecimentos de Saúde podendo ser alterado, de acordo com futuras Resoluções do CFM, do CREMEGO e quando a Comissão de Ética Médica julgar necessário, obedecidas as regras do CFM e do CREMEGO.

Art. 43. Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, / / 2023

_____

Diretor Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE ETICA MÉDICA
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente;

- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.
- Registro no livro da Comissão.

1. **Cronograma de encontros:**

   Agosto: xx//01/23

   Setembro: xx//09/23

   Outubro: xx//01/23

   Novembro: xx//11/23

   Dezembro: xx//01/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMISSÃO DE ETICA MÉDICA	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • O que o médico pode fazer nas redes sociais; • O que é sensacionalismo médico? • Formas de fazer propaganda para médicos na internet (Canal do Yourtube, Relações públicas digital, Redes Sociais. E-mail Marketing. Propaganda de performance. • Quais são os princípios que norteiam o sigilo médico paciente? • Quais os princípios fundamentais seguidos no novo código de ética? • O que é uma conduta médica? • Quais os princípios fundamentais da ética profissional? • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

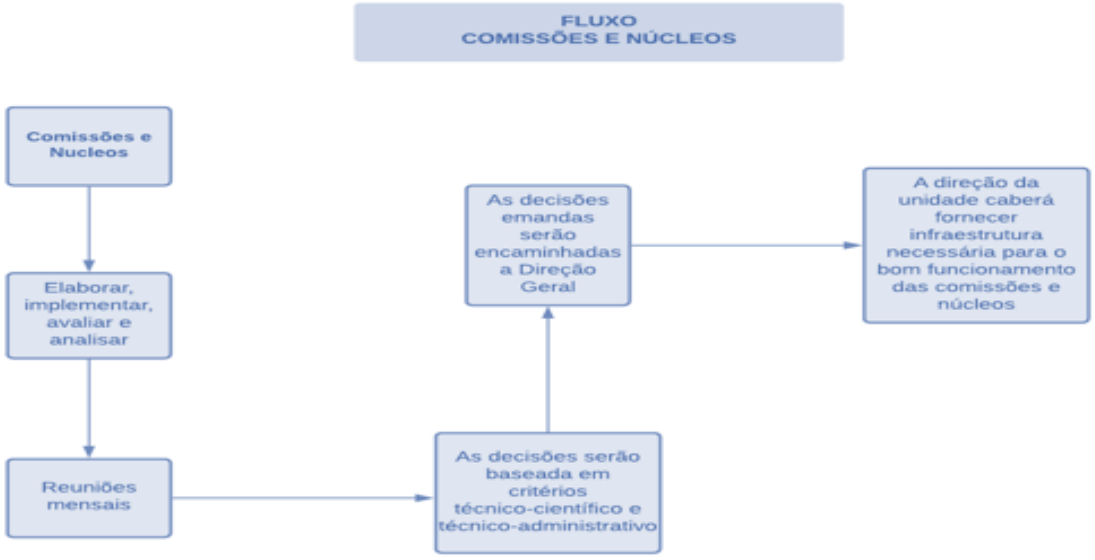


Tabela 9.1.1-1 - Cronograma Anual de Atividade da Comissão Médica

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Convocação da eleição que será realizada pelo diretor clínico, por meio de Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição. Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.												
Publicar edital de convocação das eleições;												

Realizar a inscrição das chapas; Realizar a eleição; Publicar o resultado.												
Informar o resultado da eleição ao Conselho Regional de Medicina do Estado. Validação pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.												
Elaboração de relatório mensal; Reuniões mensais.												
Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão; Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema e encaminha-lo ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo.												
Replicação da política e da Comissão												

9.1.2 Comissão de Ética em Enfermagem

REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM

CAPÍTULO I

DAS DENOMINAÇÕES, SEDE, FINS E COMPOSIÇÃO

Art.1°. A Comissão de Ética em Enfermagem da Unidade, visa desempenhar as funções educativa, preventiva e fiscalizadora dos princípios éticos que norteiam o exercício da profissão retro mencionada na Unidade

Art.2°. A Comissão de Ética em Enfermagem terá sede no Núcleo das Comissões e usufruirá de sua estrutura administrativa, em área a ser designada na Unidade.

Art.3º. A Comissão de Ética em Enfermagem deverá ser constituída por profissionais de enfermagem e técnico/auxiliar de enfermagem do quadro de funcionários da Unidade.

§1°.Na primeira gestão a Comissão de Ética em Enfermagem será constituída por solicitação e indicação da diretoria técnica da Unidade, sendo seus membros efetivos e suplentes indicados pelas chefias e equipes, e com mandato de 1 (um) ano.

§2°. Nas gestões subsequentes os representantes serão escolhidos, através do voto secreto, pelos funcionários do hospital, de cada categoria profissional aqui discriminada, e conforme as demais regras preconizadas neste regimento.

§3°. O Coordenador será designado pelo Diretor Geral, sendo escolhido entre os membros da Comissão de Ética em Enfermagem.

§5°. A Comissão de Ética em Enfermagem do Unidade, será composta por:

- 01 (um) Presidente,
- 01 (um) Secretário,
- 1 Representante do técnico de enfermagem
- 1 Representante da auxiliar de enfermagem,
- 1 Representante da enfermagem como membros efetivos e Igual número de suplentes.

Art. 4°. A atuação, no âmbito da Comissão de Ética em Enfermagem não enseja remuneração para seus membros e os trabalhos nela desenvolvidos são considerados prestação de relevante serviço ao Unidade.

CAPITULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5°. São atribuições da Comissão de Ética em Enfermagem:

- Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades da enfermagem, atentando para que as condições de trabalho das diversas categorias, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito dos estabelecimentos assistenciais da Unidade.
- Exercer suas atribuições em consonância com as deliberações e recomendações presentes no Código de Ética.
- Instaurar, de ofício, processo e sindicância sobre fato ou ato lesivo ou regra de princípio de ética pública, se necessário.
- Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas, sempre que necessário.
- Analisar sugestões, reclamações e denúncias sobre condutas éticas do quadro funcional na Unidade.
- Promover conciliações e interações quando não houver consenso entre membros e ou equipes.
- Manter absoluto sigilo e confidencialidade quanto aos assuntos tratados e decididos pela Comissão de Ética em Enfermagem.
- Manter imparcialidade, analisando as representações, bem como os demais assuntos discutidos nas reuniões.
- Afirmar, disseminar, promover e zelar pelo cumprimento dos princípios éticos nas relações da Unidade.
- Planejar e executar atividades que visem à prevenção de desvios éticos.
- Apoiar e assessorar, quando solicitado, a Divisão de Recursos Humanos e o SAC em suas decisões referentes às condutas éticas pertinentes ao quadro funcional da Unidade.
- Encaminhar para avaliação e/ou processo ético a denúncia ao Conselho Regional quando não se chegar a uma conciliação através desta Comissão.
- Verificar as condições de trabalho oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado ao cliente, sugerindo modificações necessárias.

Art. 6°. Não caberá à Comissão de Ética em Enfermagem analisar questões referentes à responsabilidade da Divisão de Recursos Humanos da Unidade.

Parágrafo Único - Quando solicitado, a Comissão de Ética em Enfermagem poderá assessorá-los.

CAPITULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7°. Compete ao Presidente:

- Convocar e presidir as reuniões e os trabalhos da Comissão de Ética em Enfermagem Multidisciplinar.
- Colocar em votação os assuntos submetidos à Comissão de Ética em Enfermagem.
- Organizar a pauta das reuniões da Comissão de Ética em Enfermagem da Unidade, a partir de sugestão de qualquer de seus membros, admitindo-se, ao início de cada reunião, a inclusão de novos assuntos.
- Assinar correspondência em nome da Comissão de Ética em Enfermagem e solicitar as assinaturas dos demais membros quando considerar conveniente.
- Representar a Comissão de Ética em Enfermagem ou designar quem o faça, quando necessário.
- Decidir sobre a presença de pessoas não integrantes da Comissão de Ética em Enfermagem em suas reuniões, ouvidos os membros titulares e/ou suplentes presentes.
- Levar a julgamento, em caso de urgência, matéria não constante da pauta, com a presença dos membros titulares, e, na ausência de algum deles, com a convocação de um dos membros suplentes.
- Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão de Ética em Enfermagem da Unidade.
- Outros assuntos correlatos.

Art. 8°. Compete aos Membros Titulares:

- Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética em Enfermagem -
- Instruir as matérias submetidas à deliberação da Comissão de Ética em Enfermagem.
- Providenciar a instrução de matéria nos casos em que houver necessidade de parecer sobre a legalidade de ato a ser por ela baixado.
- Requisitar aos funcionários e profissionais submetidos ao Código de Conduta Ética documentos, informações e subsídios para instruir assunto sob apreciação desta

Comissão.

- Debater a matéria e os processos em discussão.
- Votar sobre os assuntos analisados e/ou discutidos nas reuniões, para a sua deliberação final.
- Convocar reuniões extraordinárias.
- Relatar os expedientes da Comissão de Ética em Enfermagem.
- Comparecer às reuniões da Comissão de Ética, quando convocado pelo Presidente.
- Justificar ausência em prazo hábil, para que haja tempo de convocação de outro membro.
- Representar a Comissão de Ética em Enfermagem do Unidade em atos públicos, por delegação de seu Presidente.

Art. 9º. Compete ao Membro Suplente:

- Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética em Enfermagem.
- Substituir/Representar o membro titular em sua ausência, exercendo todas as atividades pertinentes ao membro titular, inclusive com direto a voz e voto.
- Participar das reuniões da Comissão de Ética em Enfermagem juntamente com o membro titular com direito a voz e voto, desde que convocado pelo presidente desta Comissão.

Art. 10°. Compete ao Secretário:

- Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais.
- Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética em Enfermagem.
- Secretariar as reuniões da Comissão de Ética em Enfermagem.

§ 1°. A (o) Secretária (o) do Núcleo das Comissões da Unidade participará de todas as reuniões e desempenhará as funções descritas abaixo em caráter confidencial:

- Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética em Enfermagem;
- Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética em Enfermagem;

- Comunicar aos membros sobre reuniões convocadas pelo presidente;
- Emitir e enviar os Pareceres de resultados elaborados pela Comissão;
- Outras atividades afins.

§ 2°. Na ausência da (o) secretária (o) do Núcleo das Comissões - Unidade, nas reuniões desta Comissão, o (a) Secretário (a) da mesma poderá exercer funções inerentes a esta, após autorização da (o) Presidente desta Comissão.

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 11. A Comissão de Ética em Enfermagem reunir-se-á sempre que convocada por seu Presidente, por iniciativa própria ou por solicitação dos seus membros, para julgar denúncias contra servidores do quadro funcional da Unidade por inobservância do Código de Ética do seu respectivo Conselho, para intermediar conciliações entre partes conflitantes, ou para deliberar sobre assuntos relacionados com a Comissão de Ética em Enfermagem.

Art. 12. Haverá obrigatoriedade de registro em ata de todas as reuniões realizadas, inclusive aquelas com a presença de funcionários e profissionais submetidos ao Código de Ética, rubricado pelos presentes em todas as páginas.

Art. 13. A acusação de inobservância do Código de Ética deverá ser formalizada por escrito, no prazo máximo de trinta (30) dias corridos, após a ocorrência do fato, identificada e assinada por pessoa física ou jurídica, dirigida à Comissão de Ética em Enfermagem, contendo todas as informações necessárias, juntamente com todas as provas documentais de que dispuser, para a apuração dos fatos.

Art. 14. Denúncias que envolvam funcionários ou profissionais do Unidade pacientes deverão ser encaminhadas, a esta Comissão, através da ouvidoria da Unidade.

Parágrafo Único - Antes de encaminhar as denúncias para esta Comissão a ouvidoria deverá proceder a uma avaliação de competência. Recebida a denúncia, o Presidente convocará reunião da Comissão de Ética em Enfermagem para apuração dos fatos.

§ 1º - A denúncia poderá não ser acolhida se após avaliação constatar-se que a mesma não tem consistência ou não é de competência desta Comissão.

§ 2º - Em caso de não acolhimento da denúncia, o Presidente comunicará tal decisão ao denunciante, justificando-a, por escrito, não cabendo recurso ao denunciante se proferida por unanimidade.

§ 3º - Após a acolhida da denúncia, o Presidente convocará o denunciante e o denunciado,

separadamente, para serem ouvidos pela Comissão de Ética em Enfermagem ou por parte de seus membros.

CAPÍTULO V

DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Art. 15. Para sindicância dos fatos, a Comissão de Ética em Enfermagem poderá solicitar pareceres durante a apuração.

§ 1º - Os pareceres poderão ser emitidos por membros da própria Comissão de Ética em Enfermagem e neste caso ficam responsáveis os membros que pertencem à mesma categoria profissional do denunciante e/ou denunciado.

§ 2º - Caso não haja representantes profissionais na Comissão de Ética em Enfermagem que possam elaborar este parecer, o presidente da Comissão de Ética em Enfermagem poderá indicar um profissional da mesma categoria para emitir um parecer. Este deverá ser aprovado pelos demais membros da Comissão de Ética em Enfermagem.

Art. 16. Durante a apuração dos fatos e até elaboração do relatório final o presidente da Comissão de Ética de enfermagem nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 17. Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética em Enfermagem reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo Único. Caso necessário, a Comissão de Ética em Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 18. Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional das partes envolvidas, para a competente tramitação.

Art. 19. Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética enfermagem poderá procurar conciliação entre as partes envolvidas no âmbito da Unidade.

§ 1°. Caso haja conciliação, a Comissão de Ética em Enfermagem lavrará tal fato em ata específica e Parecer Técnico.

§ 2°. Não havendo a conciliação de que trata este artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional das partes envolvidas para as providências administrativas cabíveis.

Art. 20. Todos os assuntos debatidos em reunião, sejam matérias da própria Comissão ou sindicância de denúncias, deverão ter caráter sigiloso.

Parágrafo Único – Após emissão do relatório conclusivo apenas as partes envolvidas e os membros da Comissão de Ética em Enfermagem terão acesso às atas e arquivos do fato.

CAPITULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 21. Os membros da Comissão de Ética em Enfermagem deverão ser funcionários e profissionais da Unidade.

Art. 22. A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital Interno, a ser divulgado no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 23. Os candidatos à Comissão de Ética em Enfermagem do Unidade, deverão se inscrever individualmente, junto ao Núcleo das Comissões, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 24. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em ordem alfabética, durante um período mínimo de 07 (sete) dias.

Art. 25. Ocorrendo empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos e/ou suplentes, será considerado o mais antigo na Instituição, caso permaneça o empate o de maior idade.

Art. 26. A composição da Comissão de Ética em Enfermagem do Unidade será pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para sua composição.

Art. 27. A duração do mandato dos membros será de 30 (trinta) meses.

Art. 28. A duração do mandato do Presidente será de 01 (hum) ano, podendo haver rodízio entre os membros para o mandato do próximo ano.

Art. 29. A escolha dos membros será através de eleição e Edital interno que deverá conceder um prazo de 15 (quinze) dias para as inscrições das chapas o qual será encerrado 48 (quarenta e oito horas antes das eleições).

Art. 30. A comissão que estiver cumprindo o mandato fará a escolha de uma Comissão Eleitoral responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados.

Art. 31. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, assistida por todos interessados e resultado da eleição será lavrado em Ata e encaminhado cópias para o Conselho Profissional representados.

Art. 32. Todos os recursos contra qualquer fato relativo ao Processo Eleitoral deverão ser formalizados por escrito e endereçada em primeira instância ao Presidente da Comissão

Eleitoral, dentro do prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a apuração dos votos, em segunda instância à Comissão de Ética em Enfermagem e terceira instância aos Conselhos respectivos.

Art. 33. Os membros eleitos (efetivos e/ou suplentes) que solicitarem afastamento da Comissão ou deixarem de prestar serviços à Instituição serão automaticamente desligados de suas funções, ficando seu cargo sem representação até a realização da nova eleição.

Parágrafo Único. Profissionais que ocuparem os cargos de Diretor Geral, Diretor Técnico e Diretor Financeiro e Diretor Administrativo, não poderão candidatar-se aos cargos desta Comissão.

CAPITULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 34. Os membros da Comissão de Ética em Enfermagem devem dar-se por impedidos quando forem:

- Parte da causa;
- Cônjuge, parente, consanguíneo ou afim, de alguma das partes, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau;
- Integrantes de órgão de administração ou direção de pessoa jurídica parte na causa;
- Interessados na sindicância da causa em favor de uma das partes.

§ 1°. Poderá ser solicitado o impedimento de qualquer um dos membros da Comissão de Ética em Enfermagem, por uma das partes envolvidas, desde que este comprove pelo menos uma das condições de impedimento acima estipulado.

§ 2°. Compete à própria Comissão de Ética em Enfermagem decidir sumariamente sobre o impedimento de um dos seus membros.

Art. 35. A Comissão de Ética em Enfermagem será dissolvida por decisão da Comissão e/ou da Diretoria Geral em reunião, especialmente convocada para esse fim, quando se tornar impossível a continuidade de suas atividades.

Art. 36. As ausências dos membros da Comissão de Ética em Enfermagem em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o Núcleo das Comissões da Unidade, para apreciação junto ao Presidente desta Comissão. Três ausências consecutivas não justificadas ocasionará o desligamento e substituição do membro faltoso.

Art. 37. Este Estatuto poderá ser alterado quando:

- Após a avaliação de desempenho da Comissão de Ética em Enfermagem, observar-se

falhas ou incoerências em seu conteúdo;

- Pela exigência de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 38. As determinações deste Estatuto e Regimento terão efeito a partir da aprovação do Diretor Técnico e assinatura de todos os membros da Comissão de Ética em Enfermagem da Unidade.

Art. 39. Os casos omissos serão decididos em reunião pela própria Comissão de Ética em Enfermagem.

Santa Helena de Goiás / / 2023

_____

Diretor Técnico da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE ÉTICA ENFERMAGEM
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.

• O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • Justificar ausência em prazo hábil, para que haja tempo de convocação de outro membro. • As deliberações serão divulgadas à Com Unidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Agosto: xx//01/23 Setembro: xx//09/23 Outubro: xx//01/23 Novembro: xx//11/23 Dezembro: xx//01/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE ÉTICA ENFERMAGEM
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas:

- O que o enfermeiro pode fazer nas redes sociais;
- O que é sensacionalismo profissional?
- Formas de fazer propaganda para enfermeiro na internet (Canal do Yourtube, Relações públicas digital, Redes Sociais. E-mail Marketing. Propaganda de performance.
- Quais são os princípios que norteiam o sigilo médico paciente?
- Quais os princípios fundamentais seguidos no novo código de ética?
- O que é uma conduta de enfermagem?
- Quais os princípios fundamentais da ética profissional?
- Implantação e Uso do Prontuário Eletrônico (MV).
- Admissão, transferência, altas e óbitos;
- Evolução d enfermagem;
- Anamnese e exame físico
- Diagnostico de enfermagem
- Planejamento dos resultados esperados (prognóstico)
- Avaliação da assistencia de enfermagem.
- Outros...

Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

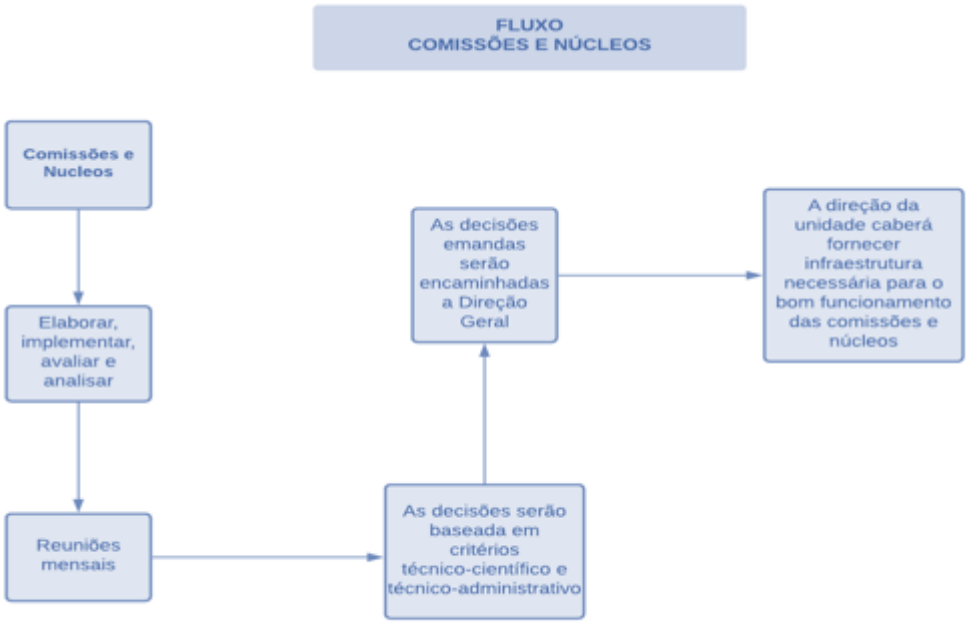


Tabela 9.1.2-1 - Cronograma Anual de Atividade de ética enfermagem

Cronograma de Atividade Anual												
ATIVIDADE	**1º M**	**2º M**	**3º M**	**4º M**	**5º M**	**6º M**	**7º M**	**8º M**	**9º M**	**10º M**	**11º M**	**12º M**
Eleição da CEE Convocação da eleição que será feita pela gerente de enfermagem, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados pela gerência de enfermagem, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma												

semana.	■											
Reuniões de Planejamento	■		■		■		■		■		■	
Elaboração de Relatórios			■		■		■		■		■	
Promoção e Participação de Eventos								■	■			
Elaboração de orientações aos Pacientes							■	■	■	■	■	■
Informar os cidadãos / usuários								■	■	■	■	■
Informar os órgãos competentes De saúde acerca da evolução das estratégias								■	■	■	■	■
Monitoração de Denúncias e situações internas								■	■	■	■	■

9.1.3 Comissão de Biossegurança

REGIMENTO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CAPITULO I

DO OBJETIVO/FINALIDADE

Art.1º. A Comissão de Biossegurança da Unidade, tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

Art. 2º. A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

Art.3º. Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa Comissão específica para atuação dentro da unidade.

CAPITULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4° Compete à Comissão:

I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

III. Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

CAPITULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5° A composição mínima da Comissão de Biossegurança da unidade deverá ser composta por membros de diferentes setores e função na instituição, contendo no mínimo:

- Um membro da Segurança do Paciente;
- Três enfermeiros,
- Representantes dos serviços abaixo definidos:

I. Emergência;

II. Serviço de Clínica Médica;

III. Serviço de Cirurgia/ Ortopedia;

IV. Serviço de Laboratório;

V. Serviço de CME/ Bloco Cirúrgico

Art. 6° Para a realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela diretoria da unidade.

Art.7º. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da unidade

Art. 8°. O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando a diretoria técnica achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

§ 1° As atribuições da Comissão são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores da unidade, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

§ 2° O Presidente, Vice-Presidente e o secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão.

CAPITULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9°. As atribuições da Comissão de Biossegurança são:

I. Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos a biossegurança que lhe forem enviados;

II. Sugerir normas para melhorias na biossegurança na unidade;

III. Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;

IV. Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança na unidade;

V. Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações sobre biossegurança.

VII. Zelar pelo sigilo ético das informações;

VIII. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pelas demais comissões ou outro serviço interessado;

IX. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

XI. Desenvolver atividades de caráter técnico - científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição.

CAPITULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 10°. As atribuições do Presidente da Comissão são:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

IV. Fazer cumprir o regimento.

V. Nas decisões da comissão, além do seu voto, o presidente terá o direito ao voto de desempate.

VI. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o Vice-Presidente.

Art. 11. As atribuições do Vice-Presidente são:

I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 12. As atribuições do Secretário são:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das reuniões;

IV. Convocar os membros da comissão para reuniões conforme cronograma pré-estabelecido;

V. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI. Preparar correspondência;

VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria.

CAPITULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 13. Deverão ocorrer reuniões periódicas com data, local e horário previamente definidos e informados via e-mail institucional, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

§ 1° A ausência de um membro em duas reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

§ 2° Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 14. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 15. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um relator ou convidado, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 16. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Art.17. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 1° As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente normal da empresa, somente em dias úteis, em local apropriado.

§ 2° Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e também quando houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 18. Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções:

I. Não havendo quórum, será feita nova convocação;

II. Havendo impasse, a situação deverá ser votada;

III. Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";

IV. Membros consultivos não terão direito a voto.

CAPITULO VII

DA METODOLOGIA

Art. 19. A seguinte metodologia:

I. Estabelecimento de prioridades após análise situacional na unidade.

II. Fontes de informações: Relatórios do CCIH, ao NSP, Plano de Ação da CIPA, fiscais de contrato das terceirizadas, demanda da ouvidoria e espontânea.

III. Elaboração de Procedimentos Operacional Padrão (POP);

IV. sugestão de criação de normas para melhorias no serviço;

V. Campanhas e treinamentos.

CAPITULO VIII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20. Este Regimento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da diretoria técnica e administrativa.

Art. 21. As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 22. Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 23. Este Regimento Interno entrará em vigor após publicação da diretoria técnica e administrativa da unidade.

Art. 24. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Santa Helena de Goiás , / / 2023

_____

Diretor Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS

COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.
- Registro no livro da Comissão.

2. Cronograma de encontros:

   Janeiro dia: xx//01/23

Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Quais as metas específicas da Comissão de Biossegurança? • Qual objetivo da Comissão de Biossegurança? • Qual a regulamentação interna da Comissão de Biossegurança? • Quais são algumas das principais funções das Comissões Internas de Biossegurança? • Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos • Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

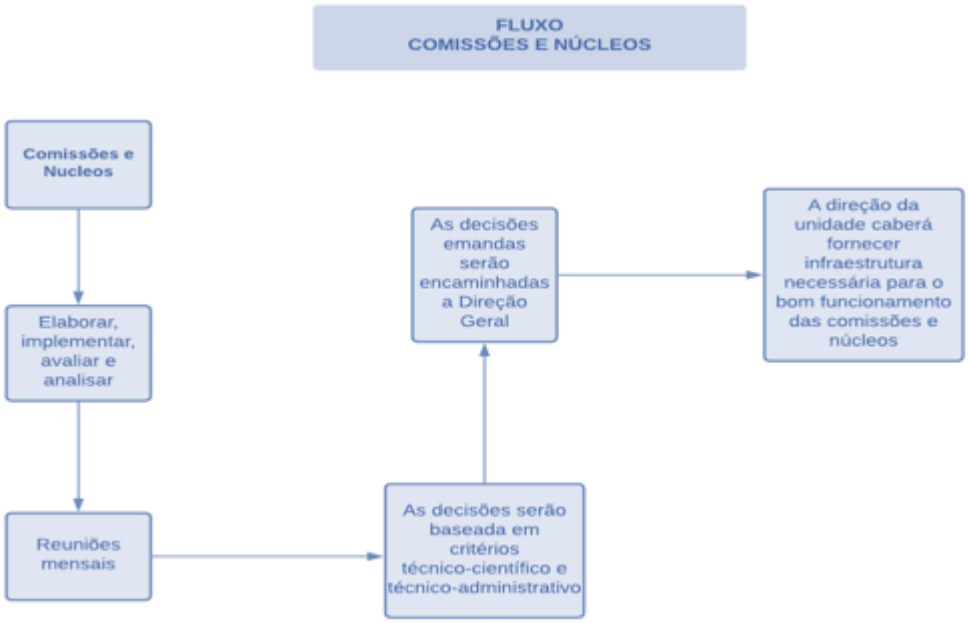


Tabela 9.1.3-1 - Cronograma Anual de Atividade Anual – Comissão de Biossegurança

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Planejamento, Execução Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
Reuniões												
Elaboração/Revisão de Normas e Atividades Práticas												
Assessoramentos Diversos												
Elaboração de Relatórios												

9.1.4 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

REGIMENTO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO

Artigo 1º atendo à Portaria de nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, estrutura-se a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar/Ambulatorial da Unidade

CAPÍTULO II

DA NATUREZA EM FIM

Artigo 2º A CCIH é uma comissão permanente, devendo atuar como órgão assessor da Diretoria, com autonomia plena para decidir sobre assuntos que, direta, ou indiretamente, estejam relacionados com o controle de infecção hospitalar/Ambulatorial.

Artigo 3º As decisões emanadas da CCIH serão encaminhadas à Direção Geral para as providências pertinentes.

Artigo 4º A CCIH tem por finalidade constituir um suporte operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar/Ambulatorial da Unidade, que compreende o conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com visitas à redução máxima da incidência e da gravidade das infecções hospitalares /Ambulatorial.

CAPÍTULO III

DA CONSTITUIÇÃO

Artigo 5º A CCIH é composta pelos seguintes Serviços, no mínimo:

1. Serviço médico;
2. Serviço de Enfermagem
3. Serviço de farmácia
4. Serviço de Clínica Médica
5. Diretor Administrativo

Artigo 6º Os membros da CCIH deverão ter sua indicação homologada pela Direção Geral da Unidade.

São membros pertencentes pelo menos a:

I. Direção Administrativa
II. Direção Clínica/Técnica
III. Farmácia
IV. Enfermagem

Artigo 8º O mandato de cada um dos membros executores é de tempo indeterminado.

Artigo 9º A composição da CCIH poderá ser modificada a critério da Direção Geral, assim sendo a nomeação realizada através do Ato de Nomeação.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Artigo 10º Referendar as diretrizes para a ação de Controle de Infecção Hospitalar/Ambulatorial do Unidade

Artigo 11. Ratificar o programa bianual de trabalho de Serviço de Controle de Infecção hospitalar/Ambulatorial.

Artigo 12. Informar-se sistemática e periodicamente sobre os dados de Infecção hospitalar/Ambulatorial providas pelo CCIH e aprovar as medidas de controle proposta pelo mesmo.

Artigo 13. CCIH compete:

I – Definir diretrizes para a ação do programa de controle de infecções Hospitalar/Ambulatorial do Unidade

II – Ser órgão encarregado da execução das ações programadas no controle de infecções.

III – Elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar/Ambulatorial do Unidade

IV – Realizar investigação epidemiológica dos casos e surtos de infecção sempre que indicado e implementar medidas imediatas de controle.

V – Propor, elaborar, implementar com o apoio da administração e supervisionar em parceria multiprofissional a aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando prevenir, tratar e eliminar a disseminação das infecções em curso na Unidade.

VI – Cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções.

Artigo 14. As reuniões da CCIH serão bimestrais, devendo ter início com qualquer número de representantes a serem registrados em livro de ata.

Artigo 15. As reuniões extraordinárias deverão ser convocadas por um membro executor.

CAPÍTULO VI

DAS DECISÕES E DELIBERAÇÕES

Artigo 16. As decisões da CCIH serão baseadas exclusivamente em critérios técnico-científicos.

Artigo 17. As decisões da CCIH serão comunicadas à Direção Geral da Unidade a qual caberá adotar as medidas necessárias para torná-las efetivas.

Artigo 18. Todas as decisões e deliberações da CCIH deverão ser apoiadas pela Direção da Unidade, a qual caberá fornecer toda infraestrutura necessária tanto ao funcionamento da CCIH.

Artigo 19. Compete aos membros da CCIH participar das reuniões da comissão e demais atribuições que lhe forem designadas.

Artigo 20. Das funções dos membros do CCIH, compete aos membros do Serviço de Controle de Infecções Hospitalar/Ambulatorial.

I – Coletar dados sobre Infecções Ambulatoriais do Unidade

II – Calcular os índices mensais de Infecção Hospitalar/Ambulatorial e redigir relatório trimestral.

III – Propor medidas visando o controle das Infecções hospitalar/Ambulatoriais do Unidade

V – Elaborar e administrar Programas de Educação na área de Infecção Hospitalar a nível multiprofissional.

CAPÍTULO VIII

DAS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA CCIH

Artigo 21. Algumas atividades se misturam a dos outros profissionais da equipe, mas existem as que são próprias deste profissional:

I – Realizar a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, através do método de busca ativa (ou notificação controlada);

II – Fornecer a taxa mensal de infecção das Unidades sob vigilância;

III – Realizar visitas aos diversos setores da Unidade para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações;

V – Avaliar e orientar medidas de isolamento e precauções junto à equipe multiprofissional;

VI – Verificar junto a Enfermeira responsável da CME o funcionamento mensal, e sempre que necessário, das autoclaves e estufas, através do controle de temperatura, pressão e tempo do ciclo de esterilização, e detectar defeitos se houver.

VII – Elaborar juntamente com a Enfermeira responsável do setor de Higienização os planos de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores.

VIII – Elaborar normas de rotinas e protocolos para prevenção e controle de infecções;

IX – Avaliar, orientar e treinar em conjunto com a equipe multiprofissional os profissionais de saúde da instituição quanto a procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização.

X – Cumprir e fazer cumprir as determinações da portaria nº. 2616 de 12 de maio de 1998.

CAPÍTULO IX

DAS ATRIBUIÇOES DO MÈDICO NA CCIH

Artigo 22. Algumas atividades se misturam a dos outros profissionais da equipe, mas existem as que são próprias deste profissional:

I – Auxiliar na investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das Unidades envolvidas e demais membros da CCIH;

II – Supervisionar e revisar os levantados pela vigilância epidemiológicas dos enfermeiros e assessorar tecnicamente este sistema;

III – Proceder a investigação epidemiológica de surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros da CCIH;

IV – Recomendar os isolamentos nos pacientes com infecções transmissíveis;

V – Assessorar o corpo clínico sobre a racionalização no uso de antimicrobianos;

VI – Assessorar a Direção da Hospital sobre questões relacionadas ao controle das infecções hospitalares;

VII – Rever e normatizar a indicação de procedimentos invasivos, juntamente com os demais membros da equipe;

VIII – Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle das infecções Hospitalares/ambulatoriais.

IX – Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH;

X – Cumprir e fazer cumprir as determinações da portaria nº. 2616 de 12 de maio de 1998.

CAPÍTULO X

DAS ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO NA CCIH

Artigo 23. Algumas atividades são comuns a todos os profissionais e outras especificas do profissional farmacêutico:

I – Elaborar relatórios periódicos sobre o consumo, custos e frequência de uso de antimicrobianos;

II – Elaborar, em conjunto com o CCIH, e corpo clínico, os protocolos de uso antimicrobianos e germicidas hospitalares.

III – Gerenciar o estoque dos antimicrobianos e germicidas do hospital, em conjunto com a CCIH e Direção Clínica;

IV – Monitorar diariamente o consumo de antimicrobianos;

V – Fornecer informações sobre os antimicrobianos (dose, vias de administração, estabilidade, modo de preparo, conservação, etc.) e germicidas;

VI – Manter – se atualizado sobre os germicidas hospitalares/ambulatoriais e os antimicrobianos, entre outras questões;

VII – Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos.

CAPÍTULO XI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 24. Os casos omissos neste Regimento serão discutidos e resolvidos pelos membros da CCIH

Artigo 25. Este regimento entrará em vigor após sua aprovação pelos membros da CCIH e Direção Administrativa e Técnica do Unidade

Santa Helena de Goiás , / / 2023

_____

Diretor Técnico da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE CONTROLE E INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Com Unidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.
- Registro no livro da Comissão.

3. Cronograma de encontros:

Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23	
Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE CONTROLE E INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Limpeza e desinfecção das máquinas de gelo; • Screening para a presença de endotoxinas na água usada em hemodiálise; • Manutenção dos banheiros • Estratégias para manter livres de legionella as torres de resfriamento, umidificadores, chuveiros e torneiras; • Garantia de água estéril para o reprocessamento de artigos estéreis. • Infecções por via aérea: o "adulto" jovem • Gripe: prevenção é a melhor opção • O aumento das infecções fúngicas • Quais as ações básicas para o controle de infecções?

• Quais as medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar? • Quais as principais fontes de infecção hospitalar? • Qual a importância dos métodos de controle de infecção hospitalar? • Implantação e uso do prontuário médico eletrônico (mv).
Revisada: xx/xx/23 — Assiantura: (RT)

Do Fluxo

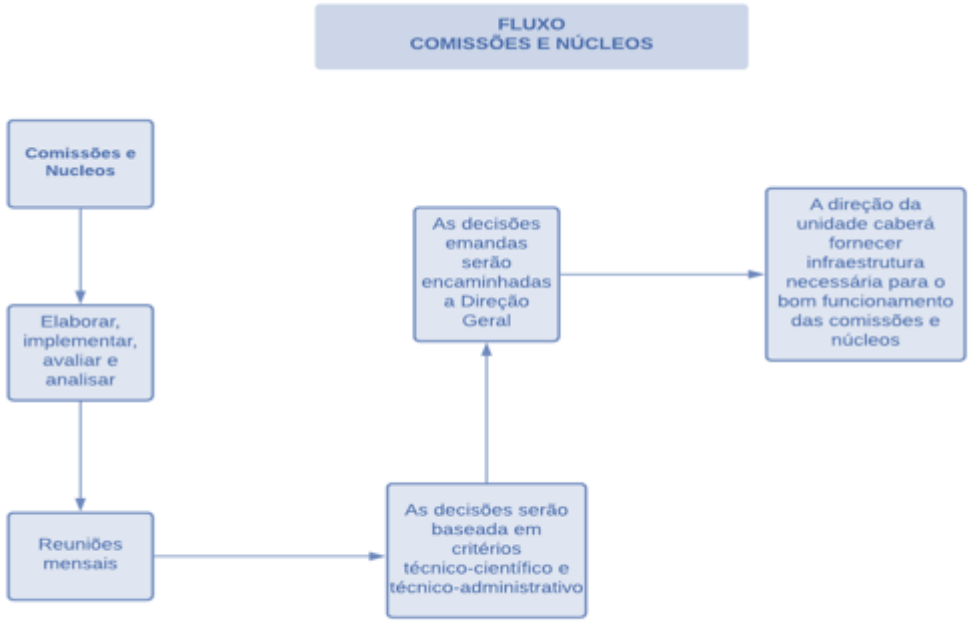


Tabela 9.1.4-1 - Cronograma Anual de Atividade CCIH

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o												

perfil adequado para compor a comissão. Nomear oficialmente os membros da Comissão. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. Realizar reunião ordinária												
Redigir o formulário de padronização de medicamentos; Redigir o formulário de padronização de materiais e equipamentos; Selecionar os medicamentos para uso da unidade; Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa; Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados; Avaliar a exclusão de medicações da												

padronização. Realizar reunião ordinária.												
Divulgar os protocolos de Notificação de Doenças de Notificação Compulsória. Divulgar no âmbito hospitalar a atual listagem das DNC. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos Realizar reunião ordinária												
Divulgar os protocolos de Notificação de Doenças de Notificação Compulsória. Divulgar no âmbito hospitalar a atual listagem das DNC. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos Realizar reunião ordinária												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Realizar reunião ordinária; Divulgação da lista de medicamentos												

padronizados para 20% das áreas específicas.												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 30% das áreas específicas. Das declarações de óbitos Realizar reunião ordinária												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 40% das áreas específicas.												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório												

mensal; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 60% das áreas específicas.										■		
Realizar reunião ordinária. Realizar palestras educativas.											■	
Elaboração de relatório anual de atividades da comissão; Realizar reunião ordinária.												■
Elaboração de relatório mensal de atividades da comissão; Realizar reunião ordinária.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

9.1.5 Comissão de Analise e Revisão de Prontuários

REGIMENTO DA COMISSÃO DE ANALISE E REVISÃO DE PRONTUARIOS

A obrigatoriedade da implantação comissão de análise e revisão do prontuário está definida pelos Conselhos Regionais de Medicina. Com progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da área de saúde exigiriam uma constante avaliação dos prontuários. A Comissão de análise e Revisão de Prontuário do **HERSO** um grupo técnico de assessoria, estudo e análise, normativo e fiscalizador, subordinado diretamente à Diretoria do Hospital, que tem como principais objetivos:

- Recomendar normas sobre o conteúdo dos prontuários e zelar pelo seu cumprimento;
- Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais na assistência, pesquisa e estatística do hospital;

- Revisar e avaliar por amostragem os Prontuários visando assegurar o cumprimento da normatização estabelecida
- Planejar e executar as ações necessárias à manutenção de um padrão de qualidade eficaz da documentação médica;
- Apoiar as demais Comissões visando alcançar os objetivos comuns às suas atribuições.

DA CONSTITUIÇÃO

- Médico
- Enfermeiro
- Administrador
- Multiprofissional
- Serviço Social

CAPÍTULO I

DA MISSÃO

Art. 1º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, doravante denominada simplesmente de Comissão de Prontuários, tem como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas:

. O Paciente: como instrumento de defesa legal; para otimizar o tempo de permanência no **HERSO**; para um diagnóstico e tratamento mais seguros;

I. A Equipe de Saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente: demonstrando o padrão do atendimento prestado.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º - A Comissão de Prontuários será constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante no **HERSO** tendo por finalidade: verificar, avaliar, sugerir, e orientar a formulação dos prontuários e registros clínicos e técnicos utilizados na Unidade.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º - À Comissão de Prontuários compete:

- Avaliar a qualidade dos registros contidos nos prontuários;
- Implementar o padrão do prontuário clínico, sugerindo medidas;
- Supervisionar e orientar a atuação dos profissionais, no seu âmbito;
- Analisar os impressos e sugerir modificações;
- Verificar o padrão de atendimento prestado.
- Aprovados pelos membros desta.
- Fazer cumprir o regimento.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 4º Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 5º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

Organizar a ordem do dia.

- Receber e protocolar os processos e expedientes.
- Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- Organizar e manter o arquivo da comissão.
- Preparar a correspondência.
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço.
- Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VI

DOS MEMBROS

Art. 6º - Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequência abaixo:

I. Presidente (representante médico);

II. Membros Titulares (02 médicos, 03 enfermeiros e 03 níveis residentes);

III. Membro Suplente (03 médicos, 03 enfermeiros e 03 residentes);

IV. Representante do Apoio Administrativo, sendo 01 Titular e 01 Suplente.

CAPÍTULO VII

COMPETÊNCIA DOS MEMBROS

Art. 7º - Ao Presidente compete:

- Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
- Coordenar as reuniões da Comissão;
- Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
- Representar a Comissão;
- Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
- Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades.
- Art. 8º - Aos demais Membros Representativos da Comissão (Titular e Suplente) compete:

I. Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;

II. Verificar a qualidade dos registros, bem como a organização geral dos Prontuários e registros médicos;

III. Sugerir medidas para a melhoria dos registros, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;

IV. Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários;

V. Analisar os impressos e propor modificações quando necessário.

Art. 9º- Ao Membro representante apoio administrativo compete:

I. Redigir ata de reunião de forma clara;

II. Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão;

III. Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

CAPÍTULO VIII

DAS FUNÇÕES

Art. 10º - A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

Art. 11 - Para aprovação das deliberações da Comissão de Prontuários, exigir-se-á a presença de metade dos membros, prevalecendo a vontade da maioria.

Art. 12 - Poderão participar das reuniões, membros da força de trabalho, como convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Art. 13 - A presença às reuniões da Comissão de Prontuários é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir três faltas consecutivas.

Art. 14- O membro que não puder comparecer à reunião, deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Art. 15 - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos adquiridos.

Art. 16. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS

COMISSÃO DE Analise e Revisão de Prontuários
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.
- Registro no livro da Comissão.

Cronograma de encontros:

Janeiro dia: xx//01/23

Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23
Revisada:xx/xx/23 | Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE Analise e Revisão de Prontuários
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Origem do Prontuário Médico • Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos • Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV). • Qual a competência da Comissão de Revisão de Prontuário • O que é same e sua atividade • Qual a função do Same no hospital
Revisada: xx/xx/23 | Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

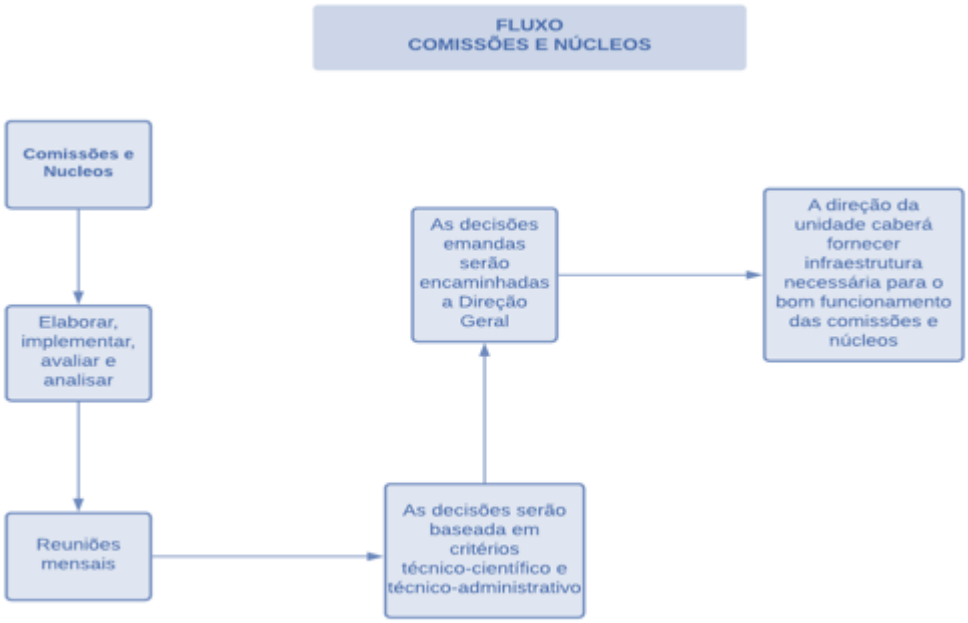


Tabela 9.1.5-1 - Cronograma Anual de Atividade - Comissão de Análise de Prontuários

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros. Reuniões de												
Reuniões de planejamento e definição de metas												

Reunião de apresentação e análise dos dados levantados dos prontuários avaliados. Levantamento de funções e requisitos de arquivamento. Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas com base nos requisitos de arquivamento levantados.											
• Elaboração de relatório mensal; • Reuniões mensais.											
• Replicação da política e da Comissão											

9.1.6 Comissão de Verificação de Óbitos

REGIMENTO DA COMISSAÕ DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

DESCRIÇÃO DA FINALIDADE

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à direção Geral do Hospital.

CONSTITUIÇÃO E FINALIDADE

Composição e Constituição - Membros

A composição mínima da comissão deverá ser de dois membros médicos e um enfermeiro e com representantes entre os seguintes serviços:

- Anestesiologia;

- Unidade de Terapia Intensiva Adulto;
- Clínica Médica;
- Pronto Atendimento;
- Clínica Cirúrgica;
- Especialidade definida a critério da Diretoria;
- Serviço de Enfermagem;
- Serviço de Assistência Social;
- Serviço de Psicologia;
- Serviço de Faturamento

Atribuições Gerais

Compete à Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos a avaliação de todos os óbitos ocorridos na Unidade, bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

CAPÍTULO I –

DOS OBJETIVOS E DAS FINALIDADES

Art. 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Art. 2º - As finalidades da Comissão: Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

CAPÍTULO II –

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - A composição mínima desta Comissão deverá ser de dois membros médicos titulares, um médico residente, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade, e com preferência para profissionais com dedicação exclusiva.

Art. 4º - Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil no Hospital:

- Anestesiologia;

- Unidade de Terapia Intensiva Adulto;
- Clínica Médica;
- Pronto Atendimento;
- Clínica Cirúrgica;
- Especialidade definida a critério da Diretoria;
- Serviço de Enfermagem;
- Serviço de Assistência Social;
- Serviço de Psicologia;
- Serviço de Faturamento.

Art. 5º - Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades do Hospital.

Art. 6º - A critério da Diretoria Geral e da própria Comissão, a carga horária total dos membros poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas às necessidades dos serviços.

Art. 7º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Art. 8º - O presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor Geral. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

CAPÍTULO III –

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 10º - A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 11 - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 12 - As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 13 - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Parágrafo Único: Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais capacitados para participarem das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 14 - As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata e arquivadas uma cópia contendo: local, data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 15 - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 16 - Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, sempre que necessário, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico ou Clínico, Presidente ou Vice-Presidente.

Art. 17 - Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.

CAPÍTULO IV –

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 18 - São atribuições da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos aos óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);

- Correlacionados diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Art. 19 - São atribuições do Presidente da Comissão:

- Convocar e presidir as reuniões;
- Indicar seu Vice-Presidente;
- Representar a Comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante; subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- Fazer cumprir o regimento

Art. 20 - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 21 - São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- Organizar a ordem do dia;
- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- Preparar a correspondência;
- Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística)
- Todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO V –

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 22 - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com as diretorias do **HERSO**.

Art. 23 - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 24 - O presente regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

Art. 25 - O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo sistema do Núcleo de Informação Hospitalar.

Art. 26 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás , de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE OBTOS
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião;

• Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE OBITOS	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Origem do Prontuário Médico • Elaboração e Organização do registro de óbitos no Prontuários Médicos • Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV). • Qual a competência da Comissão de verificação de óbitos • O que é CVO • Qual a função do CVO no hospital	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

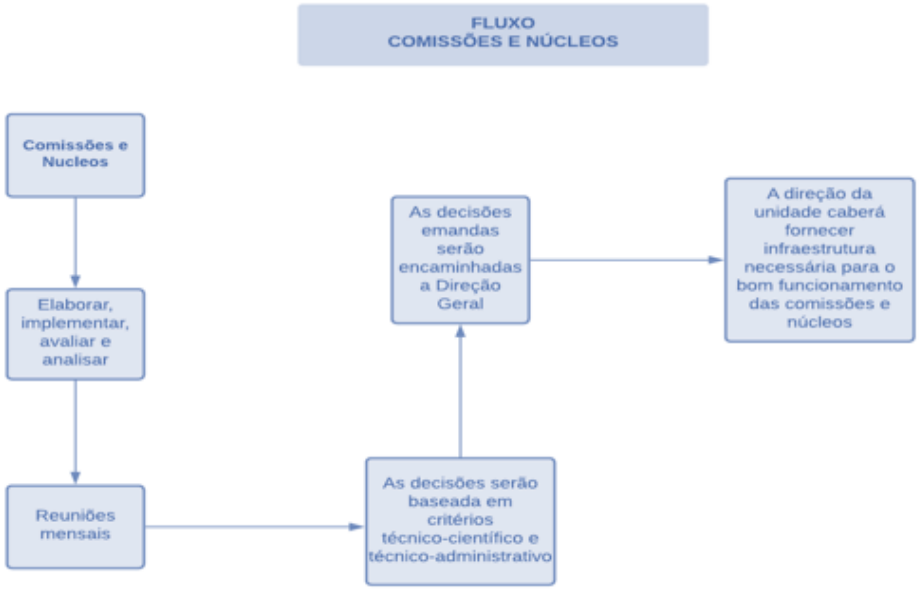


Tabela 9.1.6-1 - Cronograma Anual de Atividade - Comissão de Verificação de Óbitos

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Integrar a Comissão junto à comunidade hospitalar Reuniões ordinárias Relatórios mensais												
Divulgar o andamento dos trabalhos da Comissão Criar e Analisar Regimento Interno da												

Comissão Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados												
Normatizar e criar, conjuntamente com as Comissões de Documentação Médica e Estatística e Comissão de Revisão de Prontuários instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito												
Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos Uniformizar e direcionar as avaliações de óbitos pelos membros das												

comissões											
Fiscalizar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de Prontuários, o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos Fiscalizar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de Prontuários, o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos											
Normatizar e criar, conjuntamente com as Comissões de Documentação Médica e Estatística e Comissão de Revisão de Prontuários instruções necessárias para											

melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito e para auditoria e revisão desses prontuários											
Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência											
Desenvolver atividades de caráter técnico-científico											
Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade. Entrega de relatórios anuais											

9.1.7 Comissão de Residência Médica (COREME)

REGULAMENTO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO

Art. 1 ° - A Residência Médica (RM) constitui modalidade de pós-graduação, Lato Sensu, destilada a Médicos, sob a forma de Curso de Especialização, caracterizada, por treinamento em Hospitais. Centros de Saúde e outras unidades de atendimento Médico do Município.

Parágrafo único - Somente poderá oferecer Programa de Residência Médica (PRMM) o serviço credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRME).

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2° - Sob a presidência do Coordenador da residência na unidade haverá uma Comissão de Residência Médica (COREME), secretariada por um de seus Assessores e composta de um Coordenador, um Supervisor e um representante dos Médicos Residentes de cada unidade envolvida nestes Programas.

Art. 3° - A unidade terá COREME que ficar subordinada a SES/GO, sob a coordenação da Escola de Saúde Pública.

Art. 4° - Caberá a COREME

a) reunir as unidades da SES que possuem Programas de Residência médica

b) contatar e avaliar permanente estes Programas;

c) acompanhar, opinar e atuar como consultora dos Programas de Residência médica na unidade, preservando assim, esta atividade como preferencial no aprimoramento prático na área médica; d) estimular a instalação de novos Programas de Residência Médica preservando assim, esta atividade como preferencial no aprimoramento prático na área médica.

Art. 5° - Os Supervisores do PRM será indicado pelo Chefe de Serviço e referenciado pelo Presidente da COREME da Unidade, Presidente do Centro de Estudos e o representante dos Médicos Residentes da especialidade a ser supervisionada onde o Programa se desenvolver, o sob a orientação da escola de saúde pública SES/GO

Art. 6° - 0 representante dos Médicos Residentes e o seu substituto serão livremente eleitos por seus pares, em escrutínio direto e secreto.

Parágrafo único - A administração do processo eleitoral seguirá as normas, estabelecidas pela Resolução da CNRME nº 05/82.

CAPITULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7° - Caberá ao Coordenador da residência encaminha o setor de Recursos Humanos da unidade as planilhas e repasses de bolsa aos alunos residentes dos programas de residência médica da unidade.

Art. 8° - A COREME será constituída por:

- Um Coordenador Geral, que será o Presidente do Centro de Estudos;
- Um Supervisor de cada PRM;
- Um Representante dos Médicos Residentes de cada um dos PRM da Unidade.

§ 1° - O Coordenador Geral e o Supervisor terão um mandato de 02 (dois) anos, sendo permitida recondução por mais um período.

§ 2° - Quando o Presidente do Centro de Estudos não for graduado em Medicina, o Coordenador da COREME será indicado pelo Presidente de Centro de Estudos, dentre os Médicos que compõe a Diretoria deste Centro.

§ 3° - Cada PRM terá preceptores que serão escolhidos pelo Supervisor do respectivo PRM, dentre os médicos efetivos de Serviço onde o PRM se desenvolve e aprovado pela CNRME.

§ 4° - O Representante dos Médicos Residentes terá um mandato de 01 (hum) ano, sendo permitida a recondução por mais um período.

Art. 9° - A COREME compete:

- Reunir-se, ordinariamente, uma vez por mês e, em caráter extraordinário, quando convocada pelo Coordenador Geral, ou pela maioria dos seus membros;
- Coordenar o planejamento, execução e avaliação dos PRMS nas diferentes áreas;
- Supervisionar a. Execução dos PRMS;
- Propor a criação, extinção ou modificações do PRM;
- Propor a substituição de supervisor de PRM;
- Propor as normas para avaliação do desempenho dos Residentes;
- Deliberar quanto a licenças e afastamentos solicitado por Residentes;
- Apreciar propostas de penalidade encaminhadas pelos Supervisores do PRM;
- Discutir temas e documentos relacionados com a RM e:
- Elaborar relatório anual.

Parágrafo único - As decisões da COREME serão aprovadas pela maioria simples dos votos dos membros presentes à reunião.

Art. 10 - Ao Coordenador da COREME compete:

- Convocar a presidir as reuniões da COREME;
- Divulgar, previamente, a pauta das reuniões;
- Exercer voto de minerva quando houver empate nas votações;
- Indicar o seu substituto eventual, dentre os Supervisores;
- Aprovar o Programa Anual elaborado pelo Supervisor do PRM;
- Coordenar as atividades dos PRMS, estimulando o desenvolvimento das mesmas;
- Promover a integração técnico-administrativa dos PRM;
- Estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções da CNRME
- Participar, ou fazer representar, nas reuniões convocadas pela Escola de Saúde Pública e pela SEREM/GO;
- Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da CNRME;
- Encaminhar à CNRME, o plano anual de cada PRM que terá prazo, improrrogável, até 31 de janeiro do ano previsto para a execução.
- Encaminhar à CNRME os assuntos que dependem da aprovação superior;
- Aplicar as penalidades aprovadas pela COREME.

Art. 11 - Caberá ao Chefe de Serviço do PRM:

- Manter atualizadas as fichas de assentamentos individuais dos Residentes;
- Manter atualizadas todas as normas e resoluções emanadas de CNRME;
- Propor à CNRME novos programas de credenciamento através da CNRME;
- Reativar ou propor convênios com Universidades e Instituições com o objetivo de complementação da parte básica do PRNI através da CNRME;
- Fazer cumprir e cumprir todas as determinações provenientes do CNRME;
- Providenciar, com a colaboração das Chefias de Serviço e dos Supervisores do PRM, as escalas de plantão e férias.

Art. 12 - Caberá ao Supervisor do PRM:

- Elaborar, anualmente, o PRM em sua especialidade, até 30 de novembro do ano anterior ao início do PRM;
- Organizar, supervisionar e controlar a execução do Programa;

- Indicar o substituto eventual;
- Estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções emanadas da CNRME e da SES/GO;
- Estabelecer e aplicar a metodologia de avaliação do aprendizado, previamente aprovada pela CNRME/SES/GO, quando do credenciamento do programa;
- Participar das reuniões da COREME, sempre que convocado;
- Encaminhar ao Coordenador da COREME:

    1 - A frequência, mensal dos Residentes, até o dia 25 do mês corrente;

    2 - Os casos de cancelamento da Bolsa de Residência em tempo hábil;

    3 - A relação anual de Residentes;

    4 - A avaliação semestral de aprendizado;

    5 - A escala anual de férias dos Residentes;

    6 - As faltas ou transgressões disciplinares dos Residentes, com as justificativas devidas;

    7 - Os pedidos de licença para afastamento dos Residentes.

Art. 13 - São atribuições do Preceptor:

- Orientar diretamente o treinamento do Residente:
- Acompanhar o treinamento do Residente em todas as etapas;
- Orientar a realização de trabalhos de cunho técnico e/ou científico do Residente;
- Auxiliar o Residente na resolução de problemas de natureza ética, surgidas durante o treinamento e;
- Participar das tarefas de avaliação do aprendizado, determinadas pelo Supervisor do PRM.

Art. 14 - São atribuições do Representante dos Médicos Residentes:

- Representar os Residentes nas reuniões da COREME e
- Solicitar ao Coordenador da COREME, a inclusão de assuntos de interesse dos Residentes na agenda de reuniões da COREME.

CAPÍTULO III

DA SELEÇÃO, LOTAÇÃO E INSCRIÇÃO

Art. 15 - As inscrições para a seleção efetuadas em local e período divulgados no Edital do Concurso.

Parágrafo único - No ato da inscrição o candidato deverá optar por uma das especialidades oferecidas.

Art. 16 - No ato da inscrição o candidato deverá apresentar:

A) 02 (dois) retratos 3x4 cm, de frente, tirados no ano da inscrição;

B) para graduados: carteira de inscrição no conselho regional de medicina; - para estudantes: carteira de identidade e declaração do estabelecimento e de ensino que comprove a sua frequência regular no internato e a data prevista para a conclusão do curso de graduação em medicina, data esta que não poderá ultrapassar a do início do PRM;

C) apresentar o comprovante do recolhimento da taxa de inscrição

Art. 17 - A seleção constará de uma prova de conhecimentos médicos composta de questões distribuídas equitativamente, pelas seguintes áreas:

- Clínica Médica;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia
- Medicina Preventiva e Social.

Art. 18 - Será considerado selecionado o candidato aprovado e cuja classificação esteja compreendida no número de vagas oferecidas.

Parágrafo único - O candidato com nota inferior a 50° % (cinquenta por centro) da nota máxima será considerado reprovado.

Art.- 19 - A lotação dos candidatos aprovados será procedida através de chamada de cada candidato selecionado, obedecida a ordem de classificação e o total de vagas por PRM.

§ 1 ° - A SES/Go determinará no Edital de Concurso, o dia, hora e local de chamada dos candidatos selecionados.

§ 2° - O não comparecimento do selecionado implicará em imediata chamada do outro classificado.

§ 3° - As vagas verão preenchidas até onde existam candidatos habilitados.

§ 4° - Os casos omissos serão resolvidos pela organização do concurso.

Art. 20 - As relações jurídicas entre unidade e o Residente serão reguladas:

- pelas Leis Federais 6932 de 07-07-81. 8138 de 28-12-90 e 8725 de 05-11-93;
- pelas Normas e Resoluções emanadas da CNRME/SESU/MEC;
- pelas demais Normas Técnicas e Administrativas emanadas da SES/GO e;
- pelo presente Regulamento.

Parágrafo único - Somente poderá assinar o Contrato de Concessão de matrícula o candidato selecionado que estiver regularmente inscrito no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Art. 21 - Perderá direito à Bolsa o Médico selecionado que não comparecer na data marcada para a assinatura do Contrato.

Art. 22 - O PRM terá uma carga horária semanal máxima de 60 (sessenta) horas.

Art. 23 - As- programações de treinamento em serviço das atividades didáticas complementares obedecerão rigorosamente às descritas no Pedido de Credenciamento de Programa aprovado pela CNRME.

CAPÍTULO VI

DOS DIREITOS E DEVERES DO RESIDENTES

Art. 24 - São direitos dos Residentes:

- Receber:

  1 - Bolsa de estudos, de acordo com os valores estabelecidos, pela lei federal 8138 de 28 de dezembro de 1990, alterada pela lei 8725 de 05 de novembro de 1993, e condicionada a apresentação do carnê autônomo, mensalmente quitado;

  2 - Orientação, durante o treinamento do supervisor e dos preceptores do PRM;

  3 - Alimentação, durante o período em que estiver atuando na unidade onde se desenvolve o PRM.

- Férias anuais de 30 (trinta) dias, consecutivos, após cumprimento de 01 (hum) ano de residência médica;
- Licença gestante de acordo com a lei federal 7601 de 15-05-87;
- Moradia, de acordo com as disponibilidades da unidade onde se desenvolve o PRM;
- Participar das atividades previstas no regime didático cientifico do PRM e,
- Tomar conhecimento do regulamento da RM;
- Licença para tratamento de saúde:

  1 - Até 15 (quinze) dias por ano, receberá a bolsa do município integralmente;

2 - A partir do 16° (décimo sexto) dia de licença receberá auxílio doença do INSS, ao qual está vinculado por força de sua condição de autônomo;

3 - O afastamento que exceda um período de 30 (trinta) dias consecutivos ou somatório de licenças anuais, deverá ser recuperado integralmente ao término do treinamento;

4 - O médico residente que ficar licenciado, até o máximo de 30 (trinta) dias, poderá optar, por escrito, para compensar este período com as férias;

5 - Caso a previdência social exija e declare a necessidade cia contribuirão de 12 (doze) meses, ainda no primeiro ano de residência, ficará estabelecido que o médico residente em licença médica por mais de 01 (hum) mês a 01 (hum) ano, continuará recebendo a bolsa pelo município na qualidade de licenciado;

6- Quando o médico residente receber alta, após sua reapresentação a chefia de serviço, ao centro de estudos, deverá comparecer à COREME, para assumir o compromisso de recuperar integralmente o período em que ficou licenciado, sem direito ao recebimento da bolsa.

Art. 25 - São deveres dos Residentes:

- Participar de todas as atividades previstas no regime didático cientifico do PRM;
- Comparecer a todas as reuniões convocadas pelas autoridades superiores;
- Portar o "crachá" de uso obrigatório em local de fácil visibilidade:
- Usar uniforme convencional completo;
- Dedicar-se com zelo e senso de responsabilidade ao cuidado dos pacientes;
- Cumprir as obrigações de rotina;
- Prestar colaboração ã Unidade onde estiver lotado, fora do horário de trabalho, quando em situações de emergência:
- Agir com urbanidade, discrição e lealdade;
- Respeitar as Normas Legais e Regulamentares;
- Levar ao conhecimento das autoridades superiores irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas na Unidade onde estiver lotado;
- Cumprir horários fixados;
- Obedecer às Normas do Código de Ética do Conselho Federal de Medicina;
- Assinar o livro de ponto ou bater o cartão de ponto, diariamente, na entrada e na saída;

- Mensalmente, o Médico Residente deve entregar ao Centro de Estudos o comprovante de pagamento do INSS, com a identificação no verso;
- Não entregando o comprovante de pagamento no Centro de Estudos por mais de 02 (dois) meses, este deverá comunicar o fato ao COREME para suspensão do reembolso.

Art. 26 - O Médico Residente está sujeito às seguintes sanções disciplinares:

- Advertência verbal e/ou por escrito:
- Repreensão;
- Suspensão;
- Exclusão do PRM.

Parágrafo único - Na aplicação das sanções disciplinares deverão ser considerados:

a) A natureza e gravidade da infração;

b) Os antecedentes do Residente.

Art. 27 - As sanções disciplinares deverão ser propostas ao Coordenador da COREME.

Art. 28 - Caberá ao Coordenador da COREME levar para discussão na reunião da COREME a proposta da sanção disciplinar.

Art. 29 - A aprovação ou não e o tipo de sanção disciplinar serão decididos por maioria de votos dos membros da COREME.

Art. 30 - O Residente passível da sanção proposta, segundo o art. 26, deverá ser convocado para a reunião prevista no art.28, a fim de ter direito pleno de defesa.

Parágrafo único - Caso o Residente não concorde com a decisão da COREME, poderá recorrer, por escrito, a COREME/SES/GO, que julgará o caso em última instância, podendo ser ouvido o Secretário Estadual de Saúde, sempre que necessário.

Art. 31 - Será cancelada a Bolsa do Residente que:

- Faltar 15 (quinze) dias consecutivos ou 30 (trinta) dias intercalados, sem justificativa aceita pela COREME;
- Faltar ao plantão, sem justificativa aceita pela COREME,
- For reprovado na avaliação prevista no art. 8° e 9º da Resolução CNRME 05/79 9;
- For enquadrado no item "d" do art. 26 deste Regulamento.

Art. 32 - Em caso de interrupção justificada do treinamento, o Residente deverá complementar a carga horária total de atividades previstas para o aprendizado.

CAPITULO VIII

DO CERTIFICADO

Art. 33 - Fará jus ao Certificado o Residente que:

a) cumprir integralmente as atividades previstas no regime didático cientifico aprovado pela CNRME e;

b) tiver sido aprovado nas avaliações realizadas no decurso do Programa e na avaliação final.

Art. 34 - Competirá à COREME o encaminhamento dos Certificados à CNRME para o necessário registro. Parágrafo único - Unia vez registrado pela CNRME. a SES/GO entregará o certificado ao interessado.

CAPÍTULO I X

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35 - O controle do ponto e da frequência do Residente será feito pela Chefia do Serviço e pelo Supervisor da Residência Médica da Unidade onde se desenvolve o PRM. Parágrafo único - Caberá ao Coordenador da COREME, encaminhar a relação dos Residentes da Unidade através da Presidência do Centro de Estudos a COREME, bem como mantê-la atualizada em relação a possíveis desistências, remanejaremos, férias, licenças, etc., dos Residentes.

Art. 36 - Os casos omissos serão resolvidos pela SEREM/GO ouvida COREME da Unidade onde ocorreu caso.

Art. 37 - Este Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Santa Helena de Goiás , / / 2023

_____

Diretor Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE RESIDENCIA MÉDICA

Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
4. Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23

Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23
Revisada:xx/xx/23 | Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE RESIDENCIA MÉDICA
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Qual o salário de um médico residente? • O que é Comissão Nacional de Residência Médica? • Quem financia bolsa residência médica? • Como solicitar transferência de residência médica? • Origem do Prontuário Médico • Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos • Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).
Revisada: xx/xx/23 | Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

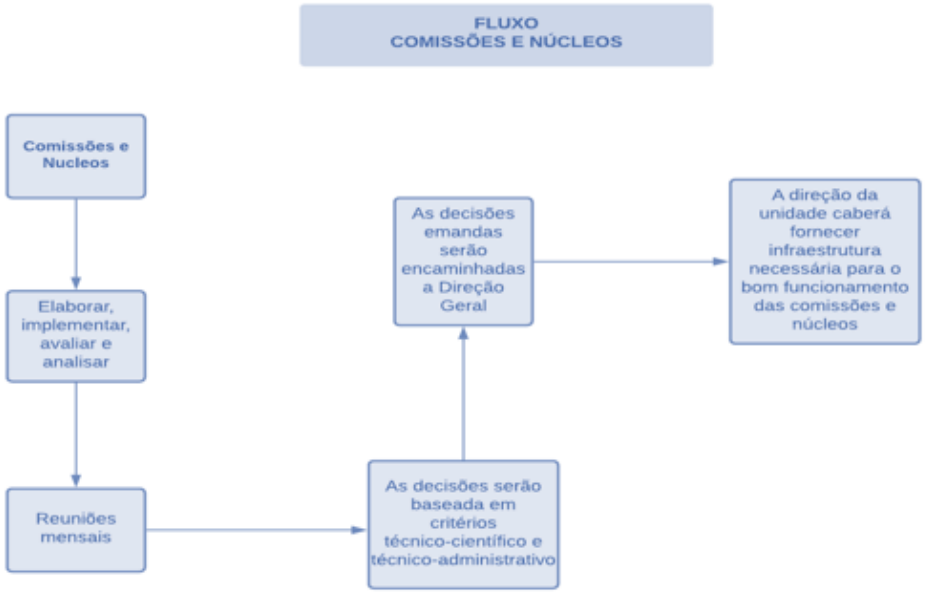


Tabela 9.1.7-1 - Cronograma Anual de Atividade- COREME

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Reuniões Ordinárias da Comissão	■		■		■		■		■		■	
Reuniões de Planejamento e Definições De Metas Com os discentes		■		■		■		■		■		
Reunião de apresentação e análise dos programas de residência com os Supervisores	■		■		■		■		■		■	
Avaliar desenvolvimento	■			■			■			■		

dos Residentes Através dos fichários individuais												

9.1.8 Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)

Será implantado o Programa de Residência Multiprofissional em pelo menos 3(três) áreas: Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição, todas após a aprovação da SESG/SES/GO. A Seguir a proposta do Regulamento da Comissão do referido Programa:

REGULAMENTO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO

Art. 1 ° - A Residência Multiprofissional (RMM) constitui modalidade de pós-graduação, Lato Sensu, destilada a profissionais não médicos, sob a forma de Curso de Especialização, caracterizada, por treinamento em Hospitais. Centros de Saúde e outras unidades de atendimento médico do Município.

Parágrafo único - Somente poderá oferecer Programa de Residência Multiprofissional (PRMM) o serviço credenciado pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMU).

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2° - Sob a presidência do Coordenador da residência na unidade haverá uma Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)Secretariada por um de seus Assessores e composta de um Coordenador, um Supervisor e um representante dos Residentes de cada unidade envolvida nestes Programas.

Art. 3° - A unidade terá COREMU que ficar subordinada a SES/Go, sob a coordenação da Escola de saúde pública.

Art. 4° - Caberá a COREMU

- Reunir as unidades da SES que possuem Programas de Residência Multiprofissional
- Contatar e avaliar permanente estes Programas;

- Acompanhar, opinar e atuar como consultora dos Programas de Residência multiprofissional na unidade, preservando assim, esta atividade como preferencial no aprimoramento prático na área médica;
- Estimular a instalação de novos Programas de Residência multiprofissional preservando assim, esta atividade como preferencial no aprimoramento prático na área médica.

Art. 5° - Os Supervisores do PRMu será indicado pelo Chefe de Serviço e referenciado pelo Presidente da COREMU da Unidade, Presidente do Centro de Estudos e o representante dos Residentes da especialidade a ser supervisionada onde o Programa se desenvolver, o sob a orientação da escola de saúde pública SES/GO

Art. 6° - 0 representante dos Residentes e o seu substituto serão livremente eleitos por seus pares, em escrutínio direto e secreto.

Parágrafo único - A administração do processo eleitoral seguirá as normas, estabelecidas pela Resolução da CNRMU nº 05/82.

CAPITULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7° - Caberá ao Coordenador da residência encaminha o setor de Recursos Humanos da unidade as planilhas e repasses de bolsa aos alunos residentes dos programas de residência médica da unidade.

Art. 8° - A COREMU será constituída por:

- Um Coordenador Geral, que será o Presidente do Centro de Estudos;
- Um Supervisor de cada PRM;
- Um Representante dos Residentes de cada um dos PRMU da Unidade.

§ 1° - O Coordenador Geral e o Supervisor terão um mandato de 02 (dois) anos, sendo permitida recondução por mais um período.

§ 2° - Quando o Presidente do Centro de Estudos não for graduado em uma das áreas da especialidade multiprofissional do programa ofertado, o Coordenador da COREMU será indicado pelo Presidente de Centro de Estudos, dentre os profissionais que compõe a Diretoria deste Centro.

§ 3° - Cada PRM terá preceptores que serão escolhidos pelo Supervisor do respectivo PRM, dentre os profissionais efetivos de Serviço onde o PRM se desenvolve e aprovado pela CNRMU.

§ 4° - O Representante dos Residentes terá um mandato de 01 (hum) ano, sendo permitida a recondução por mais um período.

Art. 9° - A COREMU compete:

- Reunir-se, ordinariamente, uma vez por mês e, em caráter extraordinário, quando convocada pelo Coordenador Geral, ou pela maioria dos seus membros;
- Coordenar o planejamento, execução e avaliação dos PRMS nas diferentes áreas;
- Supervisionar a. Execução dos PRMS;
- Propor a criação, extinção ou modificações do PRM;
- Propor a substituição de supervisor de PRM;
- Propor as normas para avaliação do desempenho dos Residentes;
- Deliberar quanto a licenças e afastamentos solicitado por Residentes;
- Apreciar propostas de penalidade encaminhadas pelos Supervisores do PRM;
- Discutir temas e documentos relacionados com a RM e:
- Elaborar relatório anual.

Parágrafo único - As decisões da COREMU serão aprovadas pela maioria simples dos votos dos membros presentes à reunião.

Art. 10 - Ao Coordenador da COREMU compete:

- Convocar a presidir as reuniões da COREMU;
- Divulgar, previamente, a pauta das reuniões;
- Exercer voto de minerva quando houver empate nas votações;
- Indicar o seu substituto eventual, dentre os Supervisores;
- Aprovar o Programa Anual elaborado pelo Supervisor do PRM;
- Coordenar as atividades dos PRMS, estimulando o desenvolvimento das mesmas;
- Promover a integração técnico-administrativa dos PRM;
- Estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções da CNRMU
- Participar, ou fazer representar, nas reuniões convocadas pelo Escola De Saúde Pública e pela SEREMU/GO;
- Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da CNRMU;
- Encaminhar à CNRMU, o plano anual de cada PRM que terá prazo, improrrogável, até 31 de janeiro do ano previsto para a execução.
- Encaminhar à CNRMU os assuntos que dependem da aprovação superior;

- Aplicar as penalidades aprovadas pela COREMU.

Art. 11 - Caberá ao Chefe de Serviço do PRM:

- Manter atualizadas as fichas de assentamentos individuais dos Residentes;
- Manter atualizadas todas as normas e resoluções emanadas de CNRMU;
- Propor à CNRMU novos programas de credenciamento através da CNRMU;
- Reativar ou propor convênios com Universidades e Instituições com o objetivo de complementação da parte básica do PRNI através da CNRMU;
- Fazer cumprir e cumprir todas as determinações provenientes do CNRMU;
- Providenciar, com a colaboração das Chefias de Serviço e dos Supervisores do PRM, as escalas de plantão e férias.

Art. 12 - Caberá ao Supervisor do PRM:

- Elaborar, anualmente, o PRM em sua especialidade, até 30 de novembro do ano anterior ao início do PRM;
- Organizar, supervisionar e controlar a execução do Programa;
- Indicar o substituto eventual;
- Estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções emanadas da CNRMU e da SES/GO;
- estabelecer e aplicar a metodologia de avaliação do aprendizado, previamente aprovada pela CNRMU/SES/GO, quando do credenciamento do programa;
- Participar das reuniões da COREMU, sempre que convocado;
- Encaminhar ao Coordenador da COREMU:

    1 - A frequência, mensal dos Residentes, até o dia 25 do mês corrente;

    2 - Os casos de cancelamento da Bolsa de Residência em tempo hábil;

    3 - A relação anual de Residentes;

    4 - A avaliação semestral de aprendizado;

    5 - A escala anual de férias dos Residentes;

    6 - As faltas ou transgressões disciplinares dos Residentes, com as justificativas devidas;

    7 - Os pedidos de licença para afastamento dos Residentes.

Art. 13 - São atribuições do Preceptor:

- Orientar diretamente o treinamento do Residente:
- Acompanhar o treinamento do Residente em todas as etapas;
- Orientar a realização de trabalhos de cunho técnico e/ou científico do Residente;
- Auxiliar o Residente na resolução de problemas de natureza ética, surgidas durante o treinamento e;
- Participar das tarefas de avaliação do aprendizado, determinadas pelo Supervisor do PRM.

Art. 14 - São atribuições do Representante dos Residentes:

- Representar os Residentes nas reuniões da COREMU e
- Solicitar ao Coordenador da COREMU, a inclusão de assuntos de interesse dos Residentes na agenda de reuniões da COREMU.

CAPÍTULO III

DA SELEÇÃO, LOTAÇÃO E INSCRIÇÃO

Art. 15 - As inscrições para a seleção efetuadas em local e período divulgados no Edital do Concurso.

Parágrafo único - No ato da inscrição o candidato deverá optar por uma das especialidades oferecidas.

Art. 16 - No ato da inscrição o candidato deverá apresentar:

- 02 (dois) retratos 3x4 cm, de frente, tirados no ano da inscrição;
- Para graduados: carteira de inscrição no Conselho Regional da profissão;
- Para estudantes: carteira de identidade e declaração do estabelecimento e de ensino que comprove a sua frequência regular no Internato e a data prevista para a conclusão do Curso de Graduação, data esta que não poderá ultrapassar a do início do PRM;
- Apresentar o comprovante do recolhimento da taxa de inscrição

Art. 17 - A seleção constará de uma prova de conhecimentos médicos composta de questões distribuídas equitativamente, pelas seguintes áreas:

- Clínica Médica;
- Medicina Preventiva e Social.
- Outras de necessidades da categoria.

Art. 18 - Será considerado selecionado o candidato aprovado e cuja classificação esteja compreendida no número de vagas oferecidas.

Parágrafo único - O candidato com nota inferior a 50° % (cinquenta por centro) da nota máxima será considerado reprovado.

Art.- 19 - A lotação dos candidatos aprovados será procedida através de chamada de cada candidato selecionado, obedecida a ordem de classificação e o total de vagas por PRM.

§ 1 ° - A SES/GO determinará no Edital de Concurso, o dia, hora e local de chamada dos candidatos selecionados.

§ 2° - O não comparecimento do selecionado implicará em imediata chamada do outro classificado.

§ 3° - As vagas verão preenchidas até onde existam candidatos habilitados.

§ 4° - Os casos omissos serão resolvidos pela organização do concurso.

Art. 20 - As relações jurídicas entre unidade e o Residente serão reguladas:

- Pelas Leis Federais;
- Pelas Normas e Resoluções emanadas da CNRMU/SESU/MEC;
- Pelas demais Normas Técnicas e Administrativas emanadas da SES/GO e;
- Pelo presente Regulamento.

Parágrafo único - Somente poderá assinar o Contrato de Concessão de matrícula o candidato selecionado que estiver regularmente inscrito no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Art. 21 - Perderá direito à Bolsa o residente selecionado que não comparecer na data marcada para a assinatura do Contrato.

Art. 22 - O PRM terá uma carga horária semanal máxima de 60 (sessenta) horas.

Art. 23 - As- programações de treinamento em serviço das atividades didáticas complementares obedecerão rigorosamente às descritas no Pedido de Credenciamento de Programa aprovado pela CNRMU.

CAPÍTULO VI

DOS DIREITOS E DEVERES DO RESIDENTES

Art. 24 - São direitos dos Residentes:

- Receber:

1 - Bolsa de estudos, de acordo com os valores estabelecidos, pela Lei Federal 8138 de 28 de dezembro de 1990, alterada pela Lei 8725 de 05 de novembro de 1993, e condicionada a apresentação do carnê autônomo, mensalmente quitado;

2 - Orientação, durante o treinamento do supervisor e dos preceptores do PRM;

3 - Alimentação, durante o período em que estiver atuando na unidade onde se desenvolve o PRM.

- Férias anuais de 30 (trinta) dias, consecutivos, após cumprimento de 01 (hum) ano de Residência;
- Licença gestante de acordo com a Lei Federal 7601 de 15-05-87;
- Moradia, de acordo com as disponibilidades da Unidade onde se desenvolve o PRM;
- Participar das atividades previstas no regime didático cientifico do PRM e,
- Tomar conhecimento do Regulamento da RM;
- Licença para tratamento de saúde:

1 - Até 15 (quinze) dias por ano, receberá a bolsa do estado integralmente;

2 - A partir do 16° (décimo sexto) dia de licença receberá auxílio doença do INSS, ao qual está vinculado por força de sua condição de autônomo;

3 - O afastamento que exceda um período de 30 (trinta) dias consecutivos ou somatório de licenças anuais, deverá ser recuperado integralmente ao término do treinamento;

4 - O Médico Residente que ficar licenciado, até o máximo de 30 (trinta) dias, poderá optar, por escrito, para compensar este período com as férias;

5 - Caso a Previdência Social exija e declare a necessidade cia contribuirão de 12 (doze) meses, ainda no primeiro ano de Residência, ficará estabelecido que o Médico Residente em licença médica por mais de 01 (hum) mês a 01 (hum) ano, continuará recebendo a bolsa pelo Município na qualidade de licenciado;

6- Quando o Residente receber alta, após sua reapresentação a Chefia de Serviço, ao Centro de Estudos, deverá comparecer à COREMU, para assumir o compromisso de recuperar integralmente o período em que ficou licenciado, sem direito ao recebimento da bolsa.

Art. 25 - São deveres dos Residentes:

- Participar de todas as atividades previstas no regime didático cientifico do PRMU;
- Comparecer a todas as reuniões convocadas pelas autoridades superiores;
- Portar o "crachá" de uso obrigatório em local de fácil visibilidade:

- Usar uniforme convencional completo;
- Dedicar-se com zelo e senso de responsabilidade ao cuidado dos pacientes;
- Cumprir as obrigações de rotina;
- Prestar colaboração ã Unidade onde estiver lotado, fora do horário de trabalho, quando em situações de emergência:
- Agir com urbanidade, discrição e lealdade;
- Respeitar as Normas Legais e Regulamentares;
- Levar ao conhecimento das autoridades superiores irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas na Unidade onde estiver lotado;
- Cumprir horários fixados;
- Obedecer às Normas do Código de Ética do Conselho Federal das categorias profissionais;
- Assinar o livro de ponto ou bater o cartão de ponto, diariamente, na entrada e na saída;
- Mensalmente, o Residente deve entregar ao Centro de Estudos o comprovante de pagamento do INSS, com a identificação no verso;
- Não entregando o comprovante de pagamento no Centro de Estudos por mais de 02 (dois) meses, este deverá comunicar o fato ao COREMU para suspensão do reembolso.

Art. 26 - O Residente está sujeito às seguintes sanções disciplinares:

- Advertência verbal e/ou por escrito:
- Repreensão;
- Suspensão;
- Exclusão do PRM.

Parágrafo único - Na aplicação das sanções disciplinares deverão ser considerados:

- A natureza e gravidade da infração;
- Os antecedentes do residente.

Art. 27 - As sanções disciplinares deverão ser propostas ao Coordenador da COREMU.

Art. 28 - Caberá ao Coordenador da COREMU levar para discussão na reunião da COREMU a proposta da sanção disciplinar.

Art. 29 - A aprovação ou não e o tipo de sanção disciplinar serão decididos por maioria de votos dos membros da COREMU.

Art. 30 - O Residente passível da sanção proposta, segundo o art. 26, deverá ser convocado para a reunião prevista no art.28, a fim de ter direito pleno de defesa.

Parágrafo único - Caso o Residente não concorde com a decisão da COREMU, poderá recorrer, por escrito, a COREMU/SES /go, que julgará o caso em última instância, podendo ser ouvido o Secretário Estadual de Saúde, sempre que necessário.

Art. 31 - Será cancelada a Bolsa do Residente que:

- Faltar 15 (quinze) dias consecutivos ou 30 (trinta) dias intercalados, sem justificativa aceita pela COREMU;
- Faltar ao plantão, sem justificativa aceita pela COREMU,
- For reprovado na avaliação prevista no art. 8° e 9º da Resolução CNRMU 05/79 9;
- For enquadrado no item "d" do art. 26 deste Regulamento.

Art. 32 - Em caso de interrupção justificada do treinamento, o Residente deverá complementar a carga horária total de atividades previstas para o aprendizado.

CAPITULO VIII

DO CERTIFICADO

Art. 33 - Fará jus ao Certificado o Residente que:

a) Cumprir integralmente as atividades previstas no regime didático cientifico aprovado pela CNRMU e;

b) Tiver sido aprovado nas avaliações realizadas no decurso do Programa e na avaliação final.

Art. 34 - Competirá à COREMU o encaminhamento dos Certificados à CNRMU para o necessário registro.

Parágrafo único - Unia vez registrado pela CNRMU. a SES/go entregará o certificado ao interessado.

CAPÍTULO I X

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35 - O controle do ponto e da frequência do Residente será feito pela Chefia do Serviço e pelo Supervisor da Residência Multiprofissional da Unidade onde se desenvolve o PRM.

Parágrafo único - Caberá ao Coordenador da COREMU, encaminhar a relação dos Residentes da Unidade através da Presidência do Centro de Estudos a COREMU, bem como mantê-la atualizada em relação a possíveis desistências, remanejaremos, férias, licenças, etc., dos Residentes.

Art. 36 - Os casos omissos serão resolvidos pela SEREMU/GO ouvida COREMU da Unidade onde ocorreu caso.

Art. 37 - Este Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Santa Helena de Goiás , de 2021

_____

Diretoria Técnica da unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com

antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE RESIDENCIA MULTIPTOFISSIONAL
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)

Atividades/Temas: • Qual o salário de um residente? • O que é Comissão Nacional de Residência MULTIPTOFISSIONAL? • Quem financia bolsa residência? • Como solicitar transferência de residência? • Origem do Prontuário Médico • Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos • Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).

Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

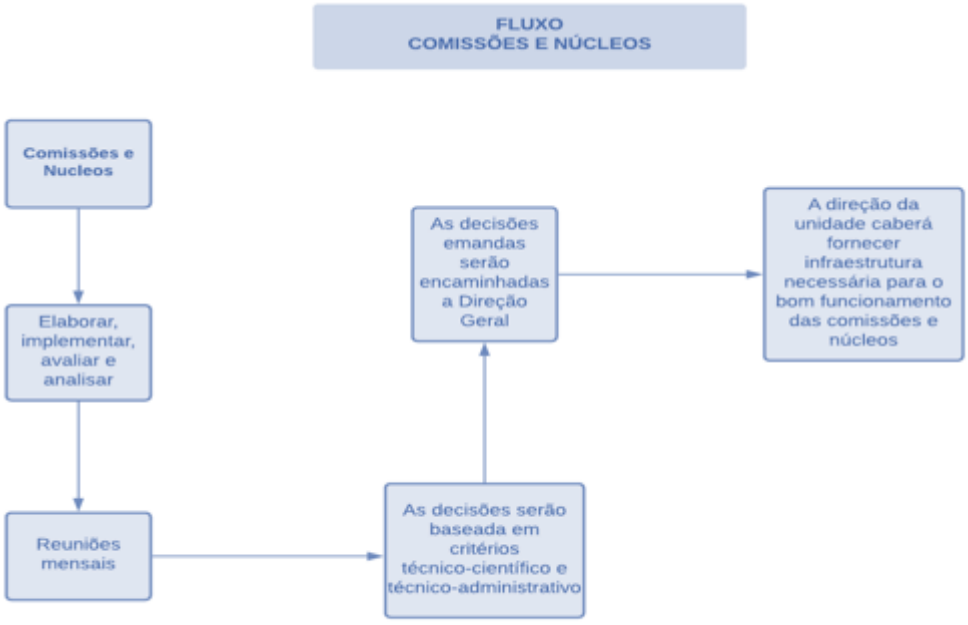


Tabela 9.1.8-1 - Cronograma Anual de Atividade - COREMU

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Reuniões Ordinária da Comissão												
Reuniões de Planejamento e Definições De Metas												
Reunião de apresentação e análise da comissão e regimento interno												

9.1.9 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

CAPÍTULO I

DA CONSTITUIÇÃO, OBJETIVOS E ORGANIZAÇÃO

Art. 1.º A Comissão de Prevenção de Acidentes (CIPA) da Unidade, vinculada diretamente a Diretoria Administrativa da Unidade, tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Art. 2.º A CIPA do Unidade será composta por representantes do empregador e dos empregados

§ 1.º O Presidente será o representante do Unidade titulares e suplentes, serão indicados pela diretoria da Unidade.

§ 2.º O vice-presidente será o representante dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vinculo na Unidade.

§3° O secretário será escolhido em comum acordo pelos representantes do empregador e empregados.

Art. 3.º O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de dois anos, permitida uma reeleição.

Art. 4.º É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 5.º Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na Unidade, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto em lei.

Art. 6.º Diretoria Administrativa designará entre seus representantes o Presidente da CIPA e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 7.º A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8.º Compete a CIPA:

- Identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores e assessoria da Unidade Segurança do Trabalho (SESMT);
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

- Participar, com a SESMT, das discussões promovidas pela Unidade para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer à SESMT, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considerar haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das NR do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com a SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar a Unidade as cópias das Comunicações de Acidente de Trabalho (CATs) emitidas;
- Promover, anualmente, em conjunto com a SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT);
- Participar, anualmente, em conjunto com a Unidade, de Campanhas de Prevenção relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

Art. 9.º Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 10. Cabe aos empregados:

- Participar da eleição de seus representantes;
- Colaborar com a gestão da CIPA;
- Indicar à CIPA, à SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;
- Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 11. Cabe ao Presidente da CIPA:

- Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e à SESMT as decisões da comissão;
- Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
- Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
- Delegar atribuições ao Vice-Presidente;

Art. 12. Cabe ao Vice-Presidente:

- Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 13. O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- Promover o relacionamento da CIPA com a SESMT;
- Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
- Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
- Constituir a comissão eleitoral.

Art. 14. O Secretário da CIPA terá por atribuição:

- Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- Preparar as correspondências;
- Outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO

Art. 15. A CIPA terá reuniões ordinárias bimestrais, de acordo com o calendário preestabelecido, e serão convocadas com antecedência de 7 dias.

Art. 16. As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

Art. 17. O empregado que se encontrar em folga no dia da reunião ordinária não será obrigado a comparecer a esta, devendo enviar um e-mail ao Presidente informando a impossibilidade de comparecimento.

Art. 18. A quantidade mínima de votos necessários para as deliberações da CIPA deverá ser de 5 votos.

Art. 19. Caso haja interesse de pessoa que não é membro dessa Comissão participar de uma reunião, a interessada deverá enviar um e-mail com o assunto que gostaria de tratar para o Presidente e Vice-Presidente que apresentarão aos demais membros para aprovação.

Art. 20. Se o assunto apresentado for aprovado, este deverá ser incluído na pauta da próxima reunião ordinária com a presença do interessado como convidado.

Art. 21. Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

Art. 22. As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do MTE.

Art. 23. Reuniões extraordinárias serão agendadas com antecedência de 7 dias e deverão ser realizadas quando:

- Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 24. As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 25. Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Art. 26. O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

Art. 27. O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 28. As justificativas deverão ser feitas por e-mail endereçado ao Presidente.

Art. 29. A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Art. 30. No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 31. No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Art. 32. Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

Art. 33. O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

Art. 34. O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

CAPÍTULO IV

DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 35. Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 36. O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão, dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 37. O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
- Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

- Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
- Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
- Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados;
- Voto secreto;
- Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;
- Faculdade de eleição por meios eletrônicos;
- Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 38. Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 39. Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 40. Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 41. Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

CAPÍTULO V

DO TREINAMENTO

Art. 42. A Unidade deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Art. 43. O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Art. 44. O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
- Noções sobre a Aids, e medidas de prevenção;
- Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Art. 45. O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em, no máximo oito horas diárias, sendo realizado durante o expediente normal da empresa e será ministrado pela Unidade.

Art. 46. Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, será determinada a complementação ou a realização de outro, em conformidade com às exigências do MTE, que será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

Art. 47. As omissões neste Regimento Interno, serão orientadas pela NR 5 aprovada pela Portaria 3.214, de 8 de junho de 1978.

Art. 48. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás / / 2023

_____

Diretor Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE

ACIDENTES - CIPA
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23

Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23	
Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo; • Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho; • Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa; • Noções sobre a Aids, e medidas de prevenção; • Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho; • Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos; • Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão. • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos

• Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).
Revisada: xx/xx/23 | Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

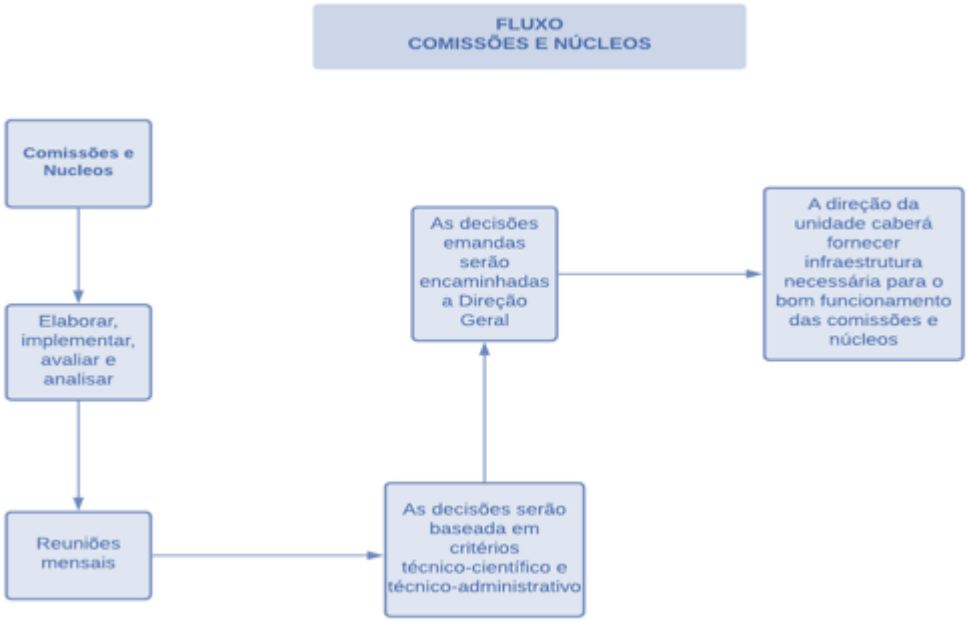


Tabela 9.1.9-1 - Cronograma Anual de Atividade CIPA

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Formar a Comissão												
Planejar a implantação												
Replicação da oficina no hospital												

Elaboração da Matriz–Identificação e Classificação os processos											
Consolidação das Ações no Hospital											

9.1.10 Comissão do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT

REGIMENTO DO SESMT

O **HERSO** deverá manter equipe multiprofissional na composição do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho –SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos servidores/trabalhadores.

O SESMT está estabelecido no artigo da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora Nº. 4 do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE.

FINALIDADES:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT do **HERSO**;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalhos relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer ao SESMT, ou a direção do **HERSO** a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Trabalhar dados e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Verificar as cópias das CAT emitidas;
- Promover anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- Participar anualmente, em conjunto com o Hospital das Campanhas de Prevenção;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Promover Campanhas Humanitárias e Educativas.

COMPOSIÇÃO E CONSTITUIÇÃO – MEMBROS

A constituição do SESMT, no **HERSO** deve atender as normas regulamentadoras e manter o regular funcionamento.

A NR 4 tem a finalidade de reduzir os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais, exigindo que os SESMT sejam compostos pelos seguintes profissionais:

- Médico do trabalho

- Engenheiro de segurança do trabalho
- Enfermeiro do trabalho
- Técnico de segurança do trabalho
- Auxiliar de enfermagem do trabalho.

Regulamentado pela NR 4 e com a principal missão de promover a saúde do trabalho, os integrantes do SESMT têm como função:

- Utilizar a Engenharia e a Medicina do Trabalho para reduzir/eliminar os riscos ocupacionais presentes no ambiente de trabalho e nas máquinas;
- Designar Equipamentos de Proteção Individual – EPIs para todos os colaboradores que atuam em áreas nas quais o risco não está neutralizado;
- Ser responsável técnico pelo plano de saúde ocupacional da empresa, bem como dar suporte medicinal a demandas de emergência;
- Estreitar relações com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Estimular atividades educacionais que têm como objetivo conscientizar os colaboradores acerca da segurança do trabalho.

A Norma Regulamentadora número 4, ou simplesmente NR 4, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) estabelece critérios para organização dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). A exigência dos SESMT, por sua vez, está na CLT.

CAPÍTULO I

DO OBJETIVO

Art.1º - O SESMT visa a garantir a integridade física da equipe de trabalho no ambiente ocupacional, tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2º - O SESMT tem por atribuições:

I. Definição dos EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) que devem ser usados em cada área do Hospital;

II. Controle documental de entrega dos EPIS aos colaboradores;

III. Treinamento dos colaboradores;

IV. Elaboração das estatísticas sobre acidentes e doenças do trabalho (atribuição prevista na NR 04);

V. Verificar periodicamente, a situação do local;

VI. Planejar ações nas áreas mais críticas;

VII. Ser responsável pelas ações de emergência e primeiros socorros;

VIII. Utilização dos conhecimentos técnicos de seus profissionais para zelar pela saúde e segurança dos colaboradores no ambiente de trabalho;

IX. Aplicação de soluções para redução e eliminação dos riscos em máquinas e equipamentos;

X. Promover ações que diminua e precina acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

XI. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar mapas de riscos com a participação do maior número de servidores e assessoria do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho);

XII. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

XIII. Participar do controle da qualidade das medidas da prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

XIV. Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos colaboradores do Hospital;

XV. Realizar verificações nos Laboratórios de pesquisa, com vistas às exigências contidas na Norma Regulamentadora nº 32;

XVI. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

XVII. Divulgar, aos demais servidores, informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

XVIII. Participar, das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionado à segurança e saúde dos colaboradores;

XIX. Participar, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas encontrados;

XX. Propor, realizar ou auxiliar a realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, em conjunto com o SESMT;

XXI. Propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando aos demais servidores quanto à sua prevenção.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - O SESMT do **HERSO** atenderá as A NR 4 com a finalidade de reduzir os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais

Art. 4º - O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração deum ano, sendo permitida uma reeleição.

Art. 5º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 6º - A Diretoria do **HERSO** designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Art. 7º - Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º - Competem aos colaboradores, servidores e funcionários:

I. Participar da eleição de seus representantes;
II. Colaborar com a gestão da CIPA;
III. Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresentar sugestões para a melhoria das condições de trabalho;
IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.
V. Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;
VI. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 9º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás , de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
REGIMENTO DA COMISSÃO SESMT
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.

• Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidades por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
REGIMENTO DA COMISSÃO SESMT
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo; • Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho; • Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa; • Noções sobre a Aids, e medidas de prevenção;

• Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho; • Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos; • Organização da SESMTe outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão. • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).
Revisada: xx/xx/23 — Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

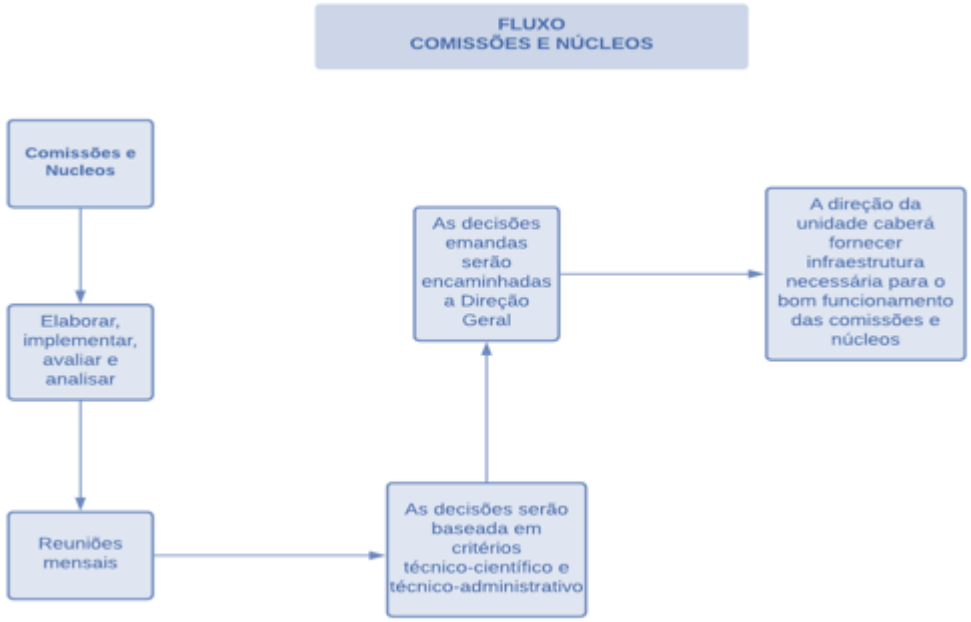


Tabela 9.1.10-1 - Cronograma Anual de Atividade – SESMT

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Estimular a participação de funcionários nas atividades de ginástica laboral, por meio de eventos adjacentes e relatórios mensais divulgados a todos												
Reunir-se com as chefias para solicitar apoio para incentivar funcionários para participação na ginástica laboral e palestras da SIPAT												
Fazer levantamento de EPCs e EPIs da unidade, para identificar necessidade de substituições ou aquisições												
Realizar treinamentos sobre uso e controle de EPIs para a Seção de Manutenção e Seção Técnica de Informática												
Promover a divulgação de atividades, informações e ocorrências de forma mais eficiente, através da implementação do Site da CIPA e mural de avisos												

Atuar juntamente com a Assistência Administrativa e otimização dos procedimentos em casos de emergência, bem como sua divulgação												
Finalizar a atualização do mapa de riscos da unidade												
Buscar recursos para realização de eventos, especialmente para a SIPAT												
Organização estratégica da SIPAT e CIPAIDS												
Trabalhar em conjunto com a brigada de incêndios na inspeção de equipamentos, como extintores e mangueiras de incêndio, iluminação de emergência, sinalização, interfones e funcionamento de elevadores, entre outros												
Investigar e analisar acidentes ocorridos, juntamente com as CATs, propondo medidas para evitar futuras ocorrências.												

9.1.11 Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME)

REGIMENTO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADE

Art. 1º – A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) da Unidade é de natureza técnico-científica permanente e tem por finalidade:

- Ordenar a formulação de diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários médicos dos pacientes atendidos na Unidade;
- Orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos médicos registrados e nos prontuários, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.

§ 1º– A CDME terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

§ 2º - A CDME é um órgão de assessoria vinculado à diretoria Técnica e administrativa da Unidade, por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares da instituição.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º – Compete à CDME:

a. Definir modelos de impressos que irão compor o prontuário médico da unidade;
b. Definir modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações onde dados sobre pacientes da unidade venham a ser registrados ou divulgados;
c. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;
d. Orientar o correto preenchimento dos impressos e definir os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário:
    1. Identificação do paciente em todos os impressos;
    2. Anamnese;
    3. Exame físico;
    4. Exames complementares, bem como seus respectivos resultados;
    5. Hipóteses diagnósticas;

6. Diagnóstico definitivo;
7. Tratamento efetuado;
8. Registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;
9. Outros documentos pertinentes ao atendimento.

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

f. Recomendar normas de arquivamento/guarda abrangendo os processos de trabalho e a estrutura física necessárias;

g. Definir quais dados, obtidos nos impressos preenchidos pelo corpo docente e assistencial da unidade, deverão ser utilizados como fonte de dados para geração de informações estatísticas da unidade;

h. Definir quais relatórios estatísticos deverão ser gerados regularmente pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Unidade;

i. Orientar o SAME como obter os dados e como realizar os cálculos estatísticos a serem utilizados;

j. Elaborar e implantar normas para a utilização da documentação médica como fonte de dados para pesquisa científica;

k. Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo Unidade;

l. Definir quais informações deverão conter os arquivos informatizados de pacientes do Unidade;

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

n. Normatizar o preenchimento das contra referências/resumos de altas hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe;

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

p. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, de enfermagem e multiprofissional, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Ética em Pesquisa e Extensão e Comissão de Educação Permanente do Unidade, com as quais deverão ser discutidos assuntos de sua competência;

q. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º – A Comissão terá composição multiprofissional, contando com onze membros titulares.

Parágrafo único – A CDME poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

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

I. Um médico representante da Comissão de Ética Médica;

II. Um enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem;

III. Dois representantes da Unidade de Processamento de Informação Assistencial, sendo pelo menos um deles auditor;

IV. Um representante da Unidade Multiprofissional;

V. Um representante do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;

VI. Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;

VII. Um representante do Núcleo de Comissões Hospitalares;

VIII. Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME);

IX. Um representante da Unidade de Planejamento;

X. Um representante da Unidade de Monitoramento e Avaliação. Art. 5º – Os membros da CDME terão mandatos de 2(dois) anos, a contar da publicação de portaria em Boletim de Serviço do Unidade, podendo ser prorrogado por igual período. Art. 6º – O presidente, o vice presidente e o secretário da CDME serão eleitos pelos seus pares, em concordância com a diretoria técnica e administrativa da unidade, para exercerem estas funções por um período de 2(dois) anos, permitindo-se uma recondução.

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art. 6º – Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CDME e, especificamente:

I. Representar a CDME em suas relações internas e externas;

II. Presidir as reuniões;

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

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

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

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

Art. 7 – Aos membros incumbe:

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

II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art. 9º – Ao secretário da CDME incumbe:

I. Assistir as reuniões;

II. Preparar e encaminhar o expediente;

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

IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;

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

VIII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias.

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

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO

Art. 8 – A Comissão reunir-se-á, mensalmente, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1º O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela CDME até o mês de dezembro do exercício anterior.

§ 2º – A CDME instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão antes de cada votação.

§ 3º – As deliberações da CDME serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Superintendência e, após aprovação, publicadas no Boletim de Serviço do Unidade.

§ 4º – É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza. § 5º – A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal.

§ 6º As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria absoluta dos membros presentes. Art. 9 – A rotina das reuniões da CDME será a seguinte:

I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo substituto interino;

II. Verificação de presença e existência de "quórum";

III. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;

IV. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;

V. Informes da Presidência e do Núcleo de Comissões Hospitalares, quando for o caso;

VI. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;

VII. Organização da pauta da próxima reunião;

VIII. Encerramento da reunião.

Parágrafo único – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CDME por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 12 – Em reuniões extraordinárias, o membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame poderá pedir adiamento da votação.

Parágrafo Único– O prazo da votação da matéria será definido pelos membros, conforme a urgência.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 – A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CDME, a equipe de governança do UNIDADE proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 11 – A CDME, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 12 – Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.

Parágrafo único – No caso da saída de qualquer membro da CDME deverá haver indicação de novo membro por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares do UNIDADE.

Art. 13 – A CDME no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário, poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

Art. 14 – Os membros poderão requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 15- Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação na CDME e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional.

Art. 16- Os casos omissos serão resolvidos pela CDME, em conjunto com a diretoria técnica e administrativa da unidade.

Art. 17- Este regimento entrará em vigor após aprovação e publicação da diretoria técnica e administrativa da unidade.

Santa Helena de Goiás , de 2023

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATISTICA (CDME)
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.

• Registro no livro da Comissão.
5. Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATISTICA (CDME)
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Origem do Prontuário Médico • Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos • Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV). • Qual a competência da Comissão de Revisão de Prontuário • O que é SAME e sua atividade • Qual a função do SAME no hospital

Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

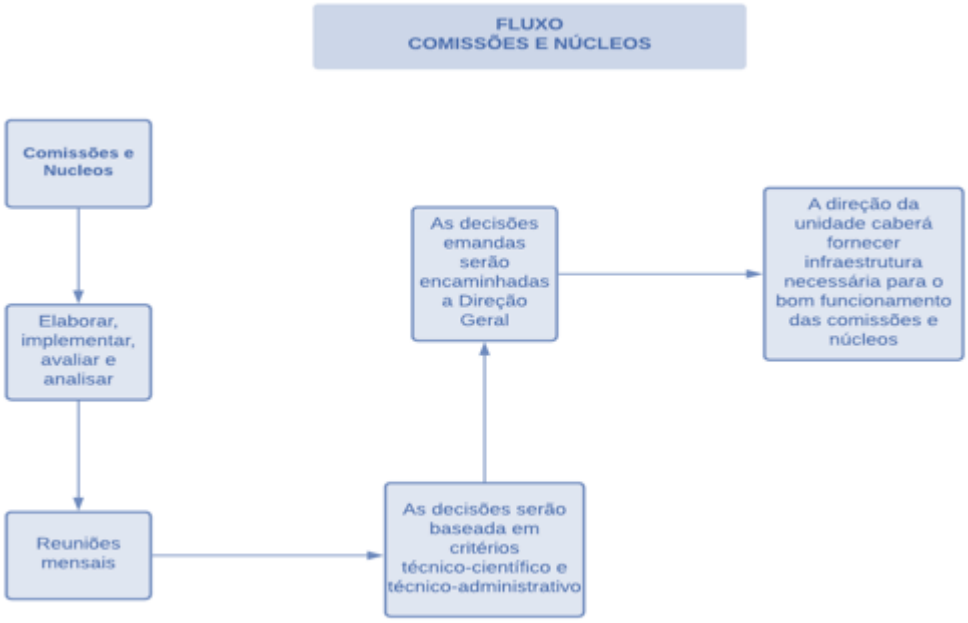


Tabela 9.1.11-1 - Cronograma Anual de Atividade da Comissão de Documentação Médica e Estatística

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Identificar, entre os profissionais do **HERSO** aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. Nomear oficialmente os membros da comissão												
Validação, da Comissão, da proposta de Regimento Interno. Reunião com profissionais da equipe												

multiprofissional para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.		■										
Apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPC Revisar todos os protocolos de pesquisa já existentes. Elaborar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos.			■									
Divulgar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, estimulando o desenvolvimento de pesquisa, entre os profissionais da equipe multiprofissional.				■	■	■						
Acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados.					■	■	■					
Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados. Elaborar e apresentar										■	■	■

relatórios parciais e finais das pesquisas										

9.1.12 Comitê de Ética em Pesquisa Cientifica

DO REGIMENTO DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA CIENTÍFICA

CAPÍTULO I

DESCRIÇÃO DA FINALIDADE

A Comissão de Ética em Pesquisa Científica envolvendo seres humanos é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa, em sua integridade e dignidade, e para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS:

- Preservar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa;
- Contribuir para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e social da comunidade;
- Contribuir para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada;
- Revisar os protocolos de pesquisa com a responsabilidade pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição;
- Emitir parecer consubstanciado por escrito;
- Manter a guarda confidencial e o arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;
- Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
- Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, deliberando pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo adequar o termo de consentimento;
- Manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/GO).

CAPÍTULO III

CONSTITUIÇÃO BÁSICA

A Comissão é constituída por, no mínimo, 10 membros titulares incluindo os vários profissionais que atuam no do **HERSO**.

Entre os membros titulares deverá haver, pelo menos, um membro da comunidade representando os usuários da Instituição. A Comissão de Ética em Pesquisa Científica - CEPC, de acordo com o Capítulo VII, item 5, da Resolução/CNS nº 196, de 10/10/1996, deverá ser constituído por pessoas de ambos os sexos, não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros. Pelo menos metade dos membros deverá possuir experiência em pesquisa e representar as diversas áreas de atuação multidisciplinar da Instituição. Em consonância com o Capítulo VII, item 10 da Resolução/CNS nº 196, os membros não poderão ser remunerados.

O presidente da Comissão de Ética Médica do **HERSO** eleito segundo regulamentação da Instituição, terá assento como membro do CEPC.

O mandato dos membros do CEPC será de 3 anos, sendo permitida a recondução. O CEPC será coordenado por um dos membros, eleito entre seus pares, na primeira reunião de trabalho.

Será designado 01 (um) Vice coordenador, indicado pelo Coordenador eleito e aprovado pelos membros titulares do CEPC.

CAPÍTULO IV

NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa Científica do **HERSO**- CEP é na instância colegiada interdisciplinar e independente, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, educativa e autônoma. Tem como objetivo avaliar e emitir parecer sobre pesquisas envolvendo seres humanos no âmbito do **HERSO** de acordo com indicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando os aspectos éticos, primariamente em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente consideradas, levando-se em conta o pluralismo moral da sociedade brasileira e obedecendo rigorosamente as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996, e complementares.

Parágrafo único - Não serão permitidas pesquisas científicas no âmbito do **HERSO** sem prévia avaliação e aprovação do CEPC do **HERSO**.

Art. 2º - O CEPC do **HERSO** está subordinado administrativamente ao Departamento de Ensino e Pesquisa do **HERSO** (DEP- do **HERSO**) e a Diretoria Geral da Instituição.

Art. 3º - A escolha dos membros do CEPC deverá estar em conformidade com a Res. CNS nº 196/96, com anuência da chefia do SES/GO e da Diretoria Geral do **HERSO**.

Art. 4º - Os membros do CEPC do **HERSO** deverão ter total independência na tomada de decisões no exercício de suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Desse modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados nas pesquisas, devendo isentar-se de envolvimento financeiro e não se submeterem a conflitos de interesses.

Parágrafo único - Qualquer membro do CEPC do **HERSO** quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá isentar-se de tomada de decisão.

CAPÌTULO V

ORGANIZAÇÃO

Art. 5º - A organização e criação do CEPC do **HERSO** assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento, são de competência da Seção de Ensino e Pesquisa e da Diretoria Geral da Instituição, respeitando as normas da Res. CNS nº 196/96.

CAPÍTULO VI

COMPOSIÇÃO

Art. 6º - O Comitê de Ética em Pesquisa Cientifica do **HERSO** terá composição multiprofissional e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos, com número não inferior a sete membros, de reputação ilibada, idoneidade moral e de notória competência no ramo de suas atividades, devendo incluir a participação de profissionais da área da saúde, das ciências exatas, sociais e humanas e pelo menos um representante dos usuários da Instituição.

Parágrafo 1º - A sua composição deverá estar em conformidade com a Res. CNS196/96.

Parágrafo 2º - Podem ser convidadas pessoas de fora da Instituição, com perfil que contribua para o alcance do caráter multidisciplinar e bom funcionamento do CEPC.

Parágrafo 3º - Membros ad hoc poderão ser nomeados, sempre que necessário, para avaliação de projetos específicos, sendo necessário que estes tenham reputação ilibada, idoneidade moral e notória competência nos ramos das suas atividades.

Art. 7º - Os membros serão escolhidos através de indicação feita pelos componentes do Comitê, Chefia do Setor de Ensino e Pesquisa ou Direção da Instituição, com posterior avaliação e aprovação do CEPC, devendo estar registrada em ATA.

Parágrafo único - A participação dos membros deverá ser voluntária.

Art. 8º - O mandato dos membros do Comitê será de três anos, sendo permitida a recondução.

Art. 9º - O CEPC DO **HERSO** terá um coordenador escolhido pelos seus membros através de votação registrada em ATA, devendo ser o mesmo um profissional com idoneidade reconhecida, membro do CEPC, com experiência na área de pesquisa.

Parágrafo 1º - O mandato do Coordenador será de um ano, sendo permitida sua recondução.

Parágrafo 2º - O Coordenador será o intermediário direto entre Seção de Ensino e Pesquisa e Direção Geral do **HERSO** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Art. 10º - Os membros do CEPC DO **HERSO** não poderão ser remunerados no desempenho de suas funções, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação quando se fizer necessário.

Parágrafo 1º - Os membros do CEPC terão direito a serem dispensados das atividades as quais prestam serviços na Instituição nos horários de trabalho do Comitê, já previamente autorizado pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

Parágrafo 2º - Os membros do CEPC terão direito a uma folga mensal, não cumulativa, já previamente autorizada pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

Art. 11 - Um membro do Comitê poderá ser afastado pela Coordenação do

CEPC nas seguintes situações:

I. Faltar a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas anualmente sem justificativa adequada;

II. Deixar de cumprir as tarefas e obrigações delegadas pelo Comitê sem justificativa adequada;

III. Incorrer em falta ética grave.

CAPÍTULO VII

COMPETÊNCIAS

Art. 12 - Ao CEPC do **HERSO** compete:

I. Avaliar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida no do **HERSO** e outras Instituições que não possuem

Comitê de Ética, garantindo e resguardando a integridade e os direitos dos sujeitos participantes das pesquisas;

II. Manter atualizadas as normas de funcionamento;

III. Assegurar que todos os sujeitos envolvidos em pesquisa tenham consciência dos procedimentos aos quais serão submetidos, através da análise de Termos de Consentimento Informado que devem ser claros, objetivos, com critérios e condições detalhadas;

IV. Avaliar se os riscos inerentes a determinados procedimentos ou tratamentos são suplantados pelos benefícios clínicos;

V. Encaminhar para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa as situações previstas no item VIII da Res. CNS nº 196/96;

VI. Observar o seguimento das Leis e Códigos de Ética vigentes expostos na Res. CNS 196/96 e complementares;

VII. Manter em arquivo, sob sua guarda confidencial, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes à mesma; arquivados em pastas individuais;

VIII. Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados;

IX. O relator que não puder estar presente à reunião deverá enviar seu relatório por escrito, para ser lido na reunião pelo secretário executivo;

X. Os protocolos ou trabalhos recusados pelo CEPC do **HERSO** não poderão ser objeto de análise ou consideração de qualquer outro elemento diretivo ou colegiado da Instituição.

Art. 13 - Ao Pesquisador compete:

I. Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEPC do **HERSO** conforme Res. CNS nº 196/96, aguardando o parecer deste antes de iniciar a pesquisa;

II. Desenvolver o projeto de pesquisa conforme delineado;

III. Elaborar e apresentar ao Comitê os relatórios parciais e finais da pesquisa;

IV. Elaborar e apresentar balancetes anuais e balanço quando término da pesquisa ou sempre que solicitado pelo CEPC do **HERSO**;

V. Apresentar dados solicitados pelo CEPC do **HERSO** sempre que solicitado;

VI. Manter em arquivo, sob sua guarda, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;

VII. Encaminhar os resultados para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

VIII. Justificar perante o CEPC do **HERSO** a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;

IX. Comunicar ao CEPC do **HERSO** todos os Eventos Adversos e eventuais modificações no protocolo bem como fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo;

X. Todo e qualquer projeto da pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações da Res. CNS 196/96 e suas complementares e dos documentos endossados em seu preâmbulo;

XI. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais;

XII. Cumprir rigorosamente este Regimento.

Art. 14 - Ao Coordenador compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e especificamente:

I. Representar a comissão em suas relações internas e externas;

II. Instalar a comissão e presidir as reuniões plenárias;

III. Promover a convocação das reuniões;

IV. Indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade a comissão;

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

Parágrafo Único - Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Vice Coordenador.

Art. 15 - Aos membros do CEPC do **HERSO** compete:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo presidente;

II. Comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e o registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo;

V. Desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;

VI. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPC do **HERSO**.

Parágrafo Único - O membro da comissão deverá declarar-se impedido de emitir parecer ou participar do processo de tomada de decisão, na análise de protocolo de pesquisa em que estiver diretamente ou indiretamente envolvido.

Art. 16 - Aos Assistentes Técnicos Científicos compete:

- Receber os projetos da secretaria e realizar a pré-análise dos mesmos;
- Participar, com os relatores, das discussões de projetos, em câmaras técnicas setoriais realizadas semanalmente;
- Manter contato com os pesquisadores, esclarecendo e orientando o cumprimento das normas da CEPC do **HERSO** e das pendências emitida pelos relatores; IV. Auxiliar os relatores no acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento;
- Participar das atividades de ensino da Bioética e Ética em Pesquisa, difundindo os princípios, as normas e as legislações vigentes;
- Apresentar relatórios anuais do funcionamento da CEPC do **HERSO**.

Art. 17 - Aos secretários da CEPC do **HERSO** compete:

I. Assistir às reuniões;

II. Encaminhar o expediente;

III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões do CEP DO **HERSO**;

IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI. Lavrar e assinar as atas de reuniões da CEPC DO **HERSO**;

VII. Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;

VIII. Distribuir aos membros da CEPC DO **HERSO** a pauta das reuniões.

CAPÍTULO VIII

DAS PESQUISAS

Art. 18 - Na análise Ética referente às Pesquisas e Relatos de Casos inúmeros aspectos devem ser observados, envolvendo aspectos legais, morais e éticos.

Parágrafo 1º - Aspectos Legais: Quando da elaboração de um parecer sobre um projeto de pesquisa ou de um relato de caso deve ser sempre verificado a sua adequação às leis, normas e diretrizes vigentes. No Brasil as exigências estabelecidas pela Res. CNS 196/96 e suas complementares devem ser atendidas.

Parágrafo 2º - Aspectos Morais: O CEPC DO **HERSO** tem deveres institucionais, sociais e profissionais. Os deveres institucionais básicos são: honestidade; sinceridade; competência; aplicação; lealdade e discrição. Os deveres sociais são: veracidade, não maleficência e justiça. Os pesquisadores não devem fazer pesquisas que possam causar riscos não justificados às pessoas envolvidas; violar as normas do consentimento informado; converter recursos públicos em benefícios pessoais; prejudicar seriamente o meio ambiente ou cometer erros previsíveis ou evitáveis.

Parágrafo 3º - Aspectos Éticos: Nas pesquisas em saúde inúmeras situações podem ser caracterizados como sendo geradoras de dilemas éticos. Os aspectos éticos aplicados à pesquisa em saúde podem ser abordados por quatro diferentes perspectivas:

I. Pesquisas envolvimento de seres humanos: Quando, seres humanos são utilizados em pesquisas devem ser sempre preservados os princípios bioéticos fundamentais do Respeito ao Indivíduo (autonomia), da Beneficência (incluindo a não maleficência) e da Justiça. O respeito ao indivíduo pesquisado se materializa no processo de obtenção do Consentimento Informado. A criteriosa avaliação da relação risco/benefício tem como base o princípio da Beneficência. A seleção dos indivíduos a serem pesquisados, por sua vez, deve ter sempre presente o critério da justiça. Desta forma, não devem ser segregados grupos ou pessoas;

II. Relação com outros pesquisadores: A relação com outros pesquisadores envolve as questões de autoria e de fraudes, que, algumas vezes, são bastante complexas de serem resolvidas. O estabelecimento da autoria dos trabalhos realizados envolve aspectos relativos à lealdade, honestidade, justiça e autonomia;

III. Relação com a sociedade: A relação com a sociedade poderá ser abordada tanto nos aspectos relativos à proteção dos indivíduos (sujeito da pesquisa, pesquisadores e trabalhos envolvidos), à divulgação de resultados, bem como à avaliação do retorno social da pesquisa

CAPÍTULO IX

FLUXO ADMINISTRATIVO

Art. 19 - No ato de recebimento do protocolo somente serão aceitas solicitações completas, com documentação em português, contendo:

I. Carta do pesquisador principal submetendo o estudo ao Comitê, em duas vias, sendo que uma delas será protocolada;

II. Autorização do responsável pelo Serviço onde será realizada a pesquisa dando ciência e concordância com o desenvolvimento do projeto;

III. Folha de Rosto adequadamente preenchida, assinada e carimbada;

IV. Projeto de Pesquisa em Português;

V. Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador (ou justificativa);

VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ou justificativa);

VII. Currículo dos pesquisadores;

VIII. Informação pré-clínica e brochura do pesquisador (pesquisas com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos);

IX. Documento de aprovação por Comitê de Ética no país de origem ou justificativa (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira);

X. Lista de Centros participantes no exterior e no Brasil (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira);

XI. No caso de estudos com indústrias farmacêuticas envolvendo seus produtos, compromisso destas Instituições no custeio das despesas hospitalares, inclusive para o caso de advento de possíveis efeitos colaterais.

Art. 20 - O Comitê irá receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96:

I. Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;

II. Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;

III. O prazo para emissão de parecer é de 30 dias úteis;

IV. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

V. Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/GO;

VI. O CEPC do **HERSO** deverá encaminhar semestralmente à CONEP/GO a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos.

Art. 21 - O Comitê utilizará, em relação às pesquisas, os seguintes modelos de tomada de decisões:

I. Aprovado: quando o documento obedecer às normas vigentes:

II. Quando necessário o protocolo deverá ser encaminhado à CONEP/GO, para apreciação, juntamente com parecer consubstanciado emitido pelo CEPC;

III. Uma vez aprovado o projeto, o CEPC do **HERSO** passa a ser cor responsável ao que se refere aos aspectos éticos da pesquisa

IV. Manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

V. Acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios periódicos enviados pelos pesquisadores;

VI. Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou alteração do curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

VII. Requerer instauração de sindicância à direção da Instituição em casos de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas. Havendo comprovação, comunicar a CONEP/GO e, no que couber, a outras instâncias.

VIII. Com pendência: quando o Comitê considera o protocolo aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solícita modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias úteis pelos pesquisadores;

IX. Retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

X. Não aprovado: quando o documento não atende às normas específicas CONEP/CNS/GO;

XI. Aprovado e encaminhado: com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/GO), nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c da Resolução CNS 196/96.

CAPÍTULO X

DAS REUNIÕES

Art. 22 - O CEPC do **HERSO** reunir-se-á ordinariamente, mensalmente; extraordinariamente sempre que se fizer necessário, exigindo-se a participação de mais da metade do colegiado para deliberar e/ou aprovar protocolos de pesquisa.

Parágrafo 1º - Compete ao coordenador fazer o comunicado das reuniões;

Parágrafo 2º - O local, data e horário da reunião deverão ser comunicados aos membros com no mínimo dois dias de antecedência;

Parágrafo 3º - Quando necessário o coordenador poderá convocar os membros para reunião extraordinária que deverá ser comunicada com dois dias de antecedência;

Parágrafo 4º - A reunião da CEPC se instalará e deliberará com a presença da maioria simples de seus membros, e será dirigido pelo seu Coordenador ou, na sua ausência, pelo seu Vice Coordenador.

Art. 23 - Qualquer membro do CEPC do **HERSO** quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá ausentar-se da reunião.

Art. 24 - As reuniões se darão da seguinte forma:

I. Verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;

II. Verificação de presença dos membros titulares e existência de quórum;

III. Votação e assinatura da Ata da reunião anterior;

IV. Comunicações breves e franqueamento da palavra;

V. Leitura e despacho do expediente;

VI. Ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VII. Organização da pauta da próxima reunião;

VIII. Distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores;

IX. encerramento da sessão.

CAPÍTULO XI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25 - Estando o CEPC do **HERSO** devidamente estruturado conforme as leis e normas vigentes da CONEP/CNS/GO, todas e quaisquer sugestões e/ou alterações quanto ao seu

funcionamento e assuntos pertinentes, deverão ser devidamente encaminhadas, analisadas e votadas conforme o entendimento dos componentes da referida comissão.

Art. 26 - O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pelo voto de 2/3 dos membros do CEPC.

Art. 27 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás , de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMITE DE ETICA EM PESQUISA - CEP
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria

em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro do CEPC.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA - CEP
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Como produzir um protocolo de pesquisa;

• responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição; • como a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas. • o CONEP • o Fluxo de pesquisa na unidade • o Fluxo de pesquisa na SES outros...
Revisada: xx/xx/23 — Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

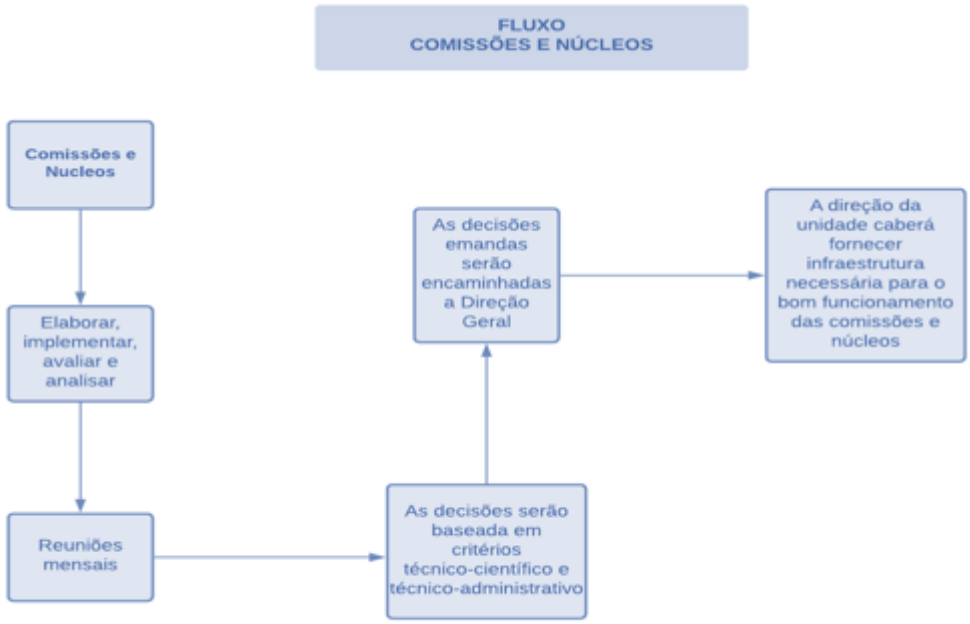


Tabela 9.1.12-1 - Cronograma Anual de Atividade - CEP

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M

Identificar, entre os profissionais do **HERSO** aqueles que possuem o perfil adequado para compor o comitê. Nomear oficialmente os membros do Comitê												
Validação, pelo Comitê, da proposta de Regimento Interno. Reunião com profissionais da equipe multiprofissional para apresentação das finalidades e objetivos do Comitê. Realizar reunião ordinária.												
Apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPC Revisar todos os protocolos de pesquisa já existentes no hospital. Elaborar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos. Realizar reunião ordinária												

Divulgar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, estimulando o desenvolvimento de pesquisa, entre os profissionais da equipe multiprofissional.											
acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento											
Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados.											
Relatórios Mensais											
Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais das pesquisas											

9.1.13 Da Comissão de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)

DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL EMTN

DESCRIÇÃO DA FINALIDADE E COMPETÊNCIAS

Atuar como órgão consultivo e deliberativo sobre insumos e condutas em Terapia nutricional. Compete à Comissão de Suporte Nutricional Enteral:

I. Supervisionar o preparo dos nutrientes dentro da dieta prescrita ao paciente, tais como tipo, volume e horário de administração; - acompanhar os mapas de dieta enteral, bem como as artesanais e ou industrializadas;

II. Instituir rotinas para assepsia durante o preparo, manipulação e administração das dietas;

III. Acompanhar a aceitação da dieta enteral por parte do paciente;

IV. Compete Comissão de Suporte Nutricional Parenteral:

V. Analisar a prescrição parenteral, devendo acompanhar a administração, fazendo a supervisão;

VI. Acompanhar o preparo da fórmula prescrita, definindo a ordem de aditivação dos eletrólitos e o número de miliequivalentes dos oligoelementos que compõem a nutrição parenteral;

VII. Proceder, como rotina, o exame visual em negatoscópio das soluções preparadas;

VIII. Providenciar o armazenamento das soluções em geladeiras próprias para acondicionamento;

IX. Prover meios para realização de testes metabólicos e de absorção no acompanhamento da evolução nutricional do paciente;

X. Supervisionar a desinfecção das áreas de preparo de nutrição parenteral;

XI. Propor modificações das normas, rotinas e procedimentos pertinentes à nutrição parenteral.

CONSTITUIÇÃO BÁSICA

A constituição da comissão contemplará no mínimo um profissional das categorias relacionadas: Médico Clínico, Pediatra, Gastro Cirurgião, Nutricionista, Farmacêutico, Enfermeiro, Fonoaudiólogo.

Poderão participar também outros profissionais da direção do **HERSO** e da Coordenação Executiva do INSV.

CAPÍTULO I –

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 1º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, no mínimo mensais, com data, loca Le horário, previamente definidos e informados.

Art. 2º - O profissional que se ausentar em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses será excluído.

Art. 3º - As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do presidente ou de seu vice. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 4º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Clínica.

Parágrafo único: Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 5º - Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos, sempre que necessário, que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da comissão.

Art. 6º - O mandato dos membros da comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável por igual período.

CAPÍTULO II

ATRIBUIÇÕES

Art. 7º - São atribuições da Comissão de Nutrição Parenteral e Enteral:

I. Assessorar o Serviço de Terapia Nutricional com a finalidade de estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de insumos para a Terapia Nutricional;

II. Aprovar a inclusão ou exclusão de insumos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelo STN (Serviço de Terapia Nutricional) ou demais serviços ligados à assistência do paciente em TN (Terapia Nutricional), promovendo a atualização da padronização de condutas em Terapia Nutricional;

III. Avaliar os insumos de TN (Terapia Nutricional), emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar seu custo benefício como mais um critério para sua padronização;

IV. Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;

V. Promover ações que estimulem o uso racional de insumos em TN;

VI. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o STN

VII. Assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência

Art. 8º - São atribuições do Presidente da Comissão:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição ou indicar seu representante;

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros;

IV. Fazer cumprir o regimento.

Art. 9º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Parágrafo único: São atribuições do vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

V. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI. Preparar a correspondência;

VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO III –

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 11 Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto entrará em vigor após sua aprovação.

Art. 12 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO EMTN
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.

• Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE EMTN
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Como realizar o diagnóstico nutricional do paciente; • Como Indicar a melhor terapia nutricional (TN); • Acompanhar, diariamente, o paciente com nutrição parenteral (NP), enteral e oral que esteja sob a responsabilidade da EMTN, por meio de avaliação, prescrição e evolução em prontuário.

Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

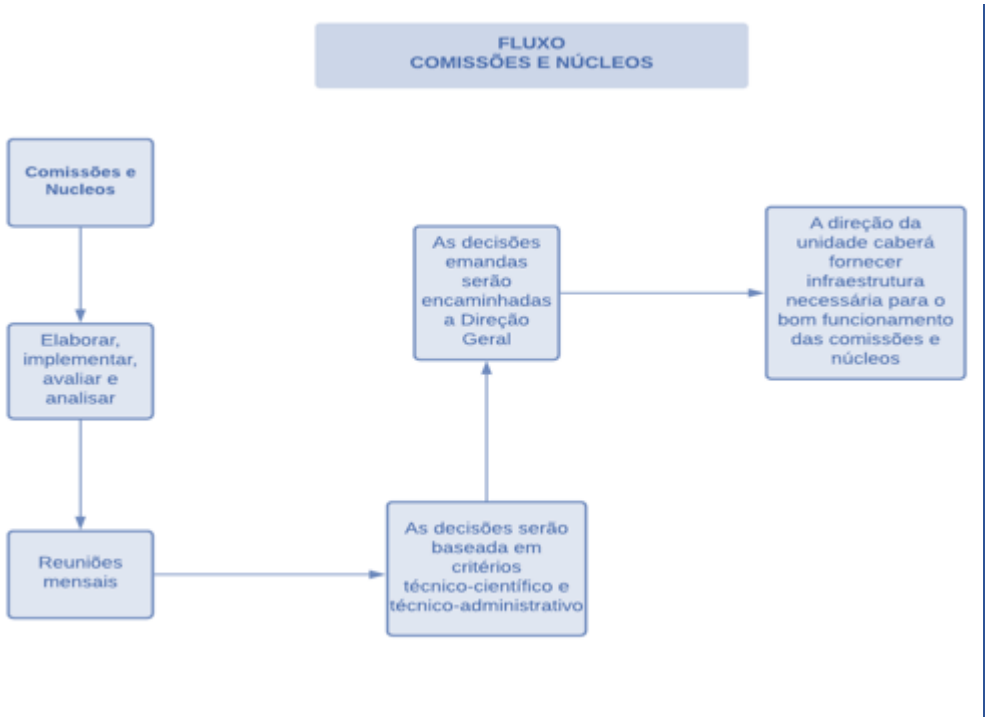


Tabela 9.1.13-1 - Cronograma Anual de Atividade - EMTN

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Implantar um sistema de controle uso de dietas												
Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz identificar pacientes que												

necessitem de Terapia Nutricional Enteral ou Parenteral (TN)											
Criar programas de educação continuada visando capacitar recursos humanos direta ou indiretamente envolvidas com a aplicação dos procedimentos.											
Estabelecer auditorias periódicas, a serem realizadas por um dos membros da Comissão, visando a verificação do cumprimento e do registro dos controles e avaliação da TN											
Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TN.											
Possibilitar treinamento dos profissionais envolvidos; coletar dados e criar indicadores que facilitem a avaliação do desempenho desse grupo; e atender exigências legais											
Reuniões de Planejamento Definições de Metas											

9.1.14 Comissão de Proteção Radiológica

REGIMENTO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLOGICA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º A Comissão Proteção Radiológica, órgão assessor da Diretoria Clinica da Unidade de ambulatorial Hospital de Posse, atendendo a Portaria n.º 453, de 1 de junho de 1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

Art. 2.º A Comissão tem como objetivos:

- Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;
- Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na instituição.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3.º São competências da Comissão:

- Promover cursos e palestras de conscientização e capacitação para colaboradores da instituição não envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante;
- Acompanhar o gerenciamento da monitoração individual das pessoas ocupacional mente expostas às radiações ionizantes;
- Discutir problemas diversos referente ao uso das radiações ionizantes e à radioproteção;
- Definir programas de treinamento periódicos em proteção radiológica para colaboradores da instituição envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E MANDATO

Art. 4.º Esta comissão é multidisciplinar e multiprofissional, nomeada pelo Secretário de saúde da em portaria e composta por membros do quadro funcional da Unidade Ambulatorial Hospital de Posse.

Art. 5.º Esta comissão deve ser estruturada em:

- Presidente;
- Vice-presidente
- Secretário;
- Membros do corpo deliberativo e executivo.

Art. 6.º O corpo deliberativo e executivo deve ser composto por, no mínimo um técnico e/ou segurança do trabalho da unidade ou terceirizada

Art. 7.º Os membros exercerão seus mandatos por dois anos, sem receberem qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas pelos mesmos.

§ 1.º A substituição de membros dar-se-á por portaria do Secretário de Saúde para o tempo que restar do mandato.

§ 2.º A ausência de um membro da comissão a duas reuniões consecutivas ou a três alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8.º São atribuições do presidente da comissão:

- Instalar a comissão e presidir suas reuniões;
- Representar a comissão em suas relações internas e externas;
- Participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- Indicar membros pertencentes ou não à comissão para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão.

Parágrafo único: O vice-presidente exercerá as mesmas atribuições do presidente, nas suas ausências e impedimentos legais (férias, afastamentos para licenças/capacitações.

Art. 9.º São atribuições dos demais membros da comissão:

- Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

- Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

Art. 10. Caberá ao secretário da comissão:

- Organizar a ordem do dia;
- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da comissão;
- Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;
- Elaborar relatório mensal das atividades da comissão para envio ao Secretário de Saúde;
- Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES/FUNCIONAMENTO

Art. 11. As reuniões serão realizadas em caráter ordinário, bimestralmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros, e a convocação deverá ter, pelo menos, três dias úteis de antecedência.

Art. 12. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo presidente ou a pedido de qualquer membro da comissão, com 24 horas de antecedência.

Art. 13. As reuniões serão realizadas com a presença da maioria absoluta dos membros presentes à reunião.

Art. 14. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 15. As deliberações da comissão serão consubstanciadas em relatórios endereçados ao Secretário de Saúde.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16. A responsabilidade da direção da unidade é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 17. Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 18. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás , / / 2023

_____

Diretor Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com

antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
6. Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)

Atividades/Temas:

- Quais são os 3 princípios de proteção radiológica?
- Como deve ser planejada a Proteção Radiológica?
- Quais as Proteção Radiológica?
- Qual a importância da proteção radiológica para o paciente e profissional?
- O que é a proteção radiológica?
- O que é o princípio de justificação em proteção radiológica?
- Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos
- Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos
- Prontuários Médicos Eletrônicos
- Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos
- Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).

Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

DOS FLUXOS

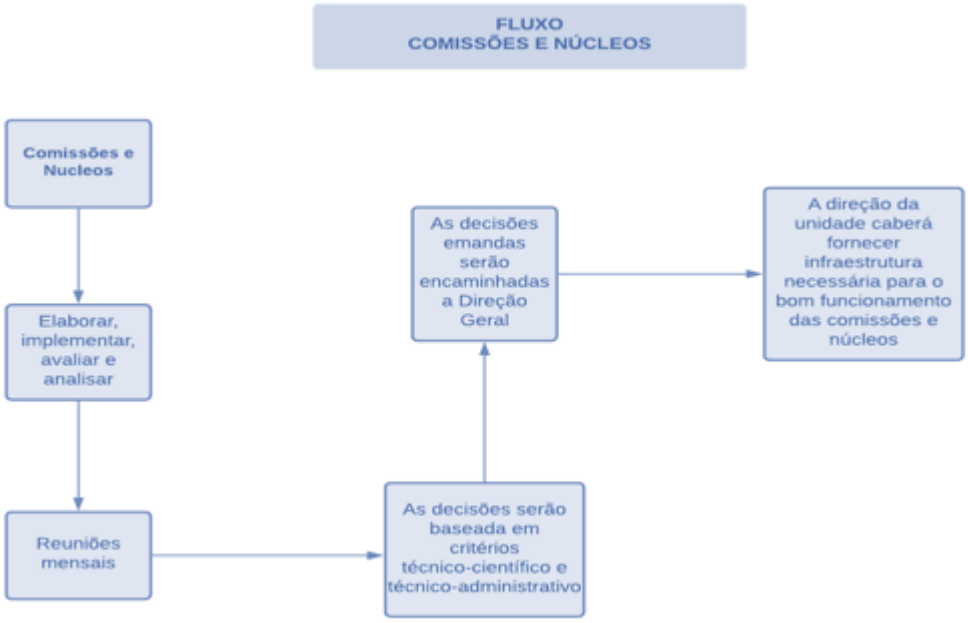


Tabela 9.1.14-1 - Cronograma Anual de Atividade – Comissão de Proteção Radiológica

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Formar a Comissão												
Planejar a implantação												
Replicação da oficina no hospital												
Elaboração da Matriz–Identificação e Classificação os processos												
Consolidação das Ações no Hospital												

9.1.15 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

REGIMENTO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos da unidade, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Unidade, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º. Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

- Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para a diretoria administrativa para aprovação, através da diretoria técnica;
- Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
- Desenvolver juntamente com a Diretoria técnica e administrativa a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;
- Atualizar anualmente o PGRSS da unidade;
- Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na unidade;
- Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- Auxiliar os diversos setores da unidade em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;
- Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;
- Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) o Regimento e demais normas da unidade.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

- Dois representantes da Diretoria técnica e administrativa;
- Um representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- Dois representantes da Gerência Administrativa;
- Quatro representantes da Gerência de Atenção e Saúde;

§ 1° - Não será obrigatório o preenchimento de todas as vagas da comissão, desde que, esta seja composto por, no mínimo, 50% dos representantes de cada Gerência.

§ 2º - Os representantes indicados serão nomeados pela diretoria técnica.

§ 3º - O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da comissão e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 4º - O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 5º - A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao Presidente da Comissão;

§ 6º - Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 7º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º. Compreendem a Estrutura da CGRSS:

- Presidente;
- Vice-Presidente;
- Secretário;
- Integrantes.

Art. 5º. Compete ao Presidente da CGRSS:

- Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar votos e votar;
- Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

- Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas;
- Representar a CGRSS ou indicar representantes;
- Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;
- Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos; VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
- Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º. Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º. Compete ao Secretário:

- Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
- Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;
- Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;
- Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
- Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;
- Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
- Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;
- Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único. A presidência da CGRSS será exercida por um dos Integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pela diretoria técnica e administrativa da unidade, na ausência deste o Vice-Presidente assumirá a Presidência. No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá. Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 8º. Compete aos Integrantes da CGRSS:

- Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;

- Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;
- Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais Integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- Justificar ausência com antecedência;
- Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
- Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.
- Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º. A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º - Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus Integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.

§ 2º - O comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Direções e Conselhos Superiores da unidade.

Art. 10. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (Quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 11. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do "quórum" mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quórum" em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º - O "quórum" será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

§ 3º - No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

Art. 12. De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 13. Se houver quórum mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada.

Art. 14. Da Ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

- A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;
- Os nomes dos integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;
- O expediente;
- O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações; todas as propostas por extenso.

Art. 15. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

§ 1º - O voto do Integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.
§ § 2º - Por questão de foro ético, qualquer Integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Art. 16. As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à diretoria administrativa e técnica da unidade.

Art. 18. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação na diretoria técnica e administrativa da unidade.

Art. 19 - Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pela diretoria técnica e administrativa da unidade.

Art. 20. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Santa Helena de Goiás, de 2021

_____

Diretoria Técnica da unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves;

• Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Agosto: xx//01/23 Setembro: xx//09/23 Outubro xx//01/23 Novembro: xx//11/23 Dezembro: xx//01/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Qual a normatização para os resíduos unidadeares? • Como deve ser o abrigo temporário de resíduos? • O que é a RDC 306? • Qual o profissional responsável pelo descarte de resíduos gerados pelos serviços de saúde? • Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos • Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

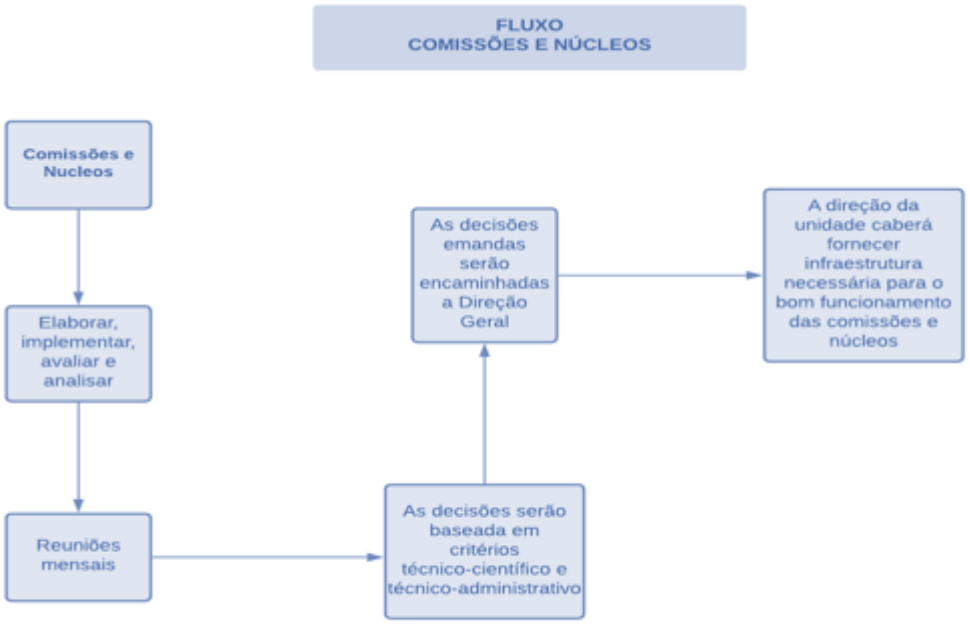


Tabela 9.1.15-1 - Cronograma Anual de Atividade Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Nomear a Comissão												
Divulgar o andamento dos trabalhos da Comissão. Divulgar Regimento Interno da												
Fiscalizar, Normatizar e acompanhar os registros												
Assessorar a alta governança da Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias,												

Desenvolver atividades inerentes a comissão											
Entrega de relatórios anuais.											

9.1.16 Do Comitê Transfusional

DO REGIMENTO DO COMITE TRANSFUSIONAL

Art. 1º A transfusão de hemocomponentes ainda é uma terapia que envolve riscos, sendo assim, sua utilização pressupõe a existência de um Serviço de Hemoterapia (SH) de qualidade, responsável, que tenha conhecimento dos hemocomponentes que utiliza, bem como um perfeito entrosamento com os profissionais requisitantes e com os demais setores do **HERSO**

Art. 2º A indicação da transfusão, a preparação do hemocomponentes a ser usado, bem como sua administração, implicam em procedimentos de grande responsabilidade, daí a importância da existência de um Comitê Transfusional, Multidisciplinar - CTM, para orientar e integrar estas atividades, visando a maior segurança para os pacientes, para o Serviço de Hemoterapia e para os Hospitais/ Agências Transfusionais.

CAPÍTULO I

CONCEITO, LEGISLAÇÃO, ESTRUTURA E ATRIBUIÇÕES

Art. 3º Comitê Transfusional: trata-se de um conjunto de profissionais de diferentes especialidades que se reúnem periodicamente para definir e avaliar a prática Transfusional no **HERSO**.

Art. 4º Deverá definir e rever a prática Transfusional, e emitir recomendações e relatórios às instancias apropriadas. Suas atividades podem incluir a revisão periódica das reações adversas transfusionais, dos dados estatísticos sobre o uso e desprezo do sangue e componentes, avaliação das acreditações do serviço, de seus controles de qualidade interno e externo, adequação das instalações, pessoal e equipamentos, definição de escala de reserva mínima de produtos para cirurgias e auditoria e definição de critérios do uso de hemocomponentes

CAPÍTULO II

LEGISLAÇÃO

Art. 5º De acordo com o Regulamento Técnico para Procedimentos de Hemoterapia, Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016 – Ministério da Saúde

Art. 6º: Toda instituição de assistência à saúde que realiza transfusão de sangue e componentes sanguíneos comporá ou fará parte de um Comitê Transfusional.

1º É competência do Comitê Transfusional o monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilancia e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica.

§ 2º Os serviços de hemoterapia e as instituições de assistência à saúde que possuam Agências Transfusionais constituirão seus próprios Comitês Transfusionais.

§ 3º A constituição do Comitê Transfusional será compatível e adequar-se-á às necessidades e complexidades de cada serviço de hemoterapia.

§ 4º As instituições de assistência à saúde que não possuam Agência Transfusional participarão das atividades do Comitê Transfusional do serviço de hemoterapia que as assiste ou constituirão Comitê Transfusional próprio.

Art. 7º. O serviço de hemoterapia colaborará com as atividades dos Comitês Transfusionais das instituições de assistência à saúde para as quais forneça componentes sanguíneos para atividade transfusional, de elaboração e implementação de protocolos para controlar as indicações, o uso e o descarte dos componentes sanguíneos, quando solicitado.

Art.8º De acordo com Resolução (RDC) n° 34, de 11 de junho de 2014 Seção XII: Todo evento adverso do ciclo do sangue, da doação à transfusão, deve ser investigado, registrado e ter ações corretivas e preventivas executadas pelo serviço onde ocorreu.

§ 2º Os registros dos eventos adversos e das ações corretivas e preventivas executadas devem ser realizadas de acordo com as legislações de Vigipos vigente ou diretrizes específicas do sistema nacional de Hemovigilância.

§ 3º A notificação do evento adverso, quando necessária, deve ser feita, pelo serviço onde houve a ocorrência, ao sistema nacional de vigilância sanitária, de acordo com as legislações de Vigipos vigente ou diretrizes específicas do Sistema Nacional de Hemovigilância.

Art. 9º. Todo serviço de saúde que realize transfusão deve ter procedimentos escritos para detecção, tratamento, prevenção e notificação dos eventos adversos à transfusão, cabendo ao serviço de hemoterapia fornecedor de hemocomponentes a elaboração e orientação de tais procedimentos.

§ 1º O serviço de saúde onde ocorreu a transfusão é o responsável pela investigação e notificação do evento adverso ocorrido em suas dependências.

§ 2º No caso em que haja necessidade de interveniência do serviço de hemoterapia produtor ou fornecedor do hemocomponentes, este serviço de hemoterapia deverá se articular com o serviço de saúde que realizou a transfusão, com vistas às medidas cabíveis e conclusão do ciclo investigativo.

Art. 10º. Para os serviços de saúde que não possuam agência transfusional, as atividades de capacitação e de Hemovigilância deverão ser realizadas pelo serviço de hemoterapia fornecedor dos hemocomponentes ou conforme definido em contrato, convênio ou termo de compromisso formal estabelecido.

CAPÍTULO III

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

Art. 11 Os membros do Comitê Transfusional e da Comissão de Hemovigilância devem escolher, na sua primeira reunião, um presidente e um secretário. O presidente tem atribuição de assinar documentos e relatórios pelo Comitê, de convocar as reuniões e de resolver os casos omissos. Em caso de empate em votação para decidir determinadas questões, é do presidente o voto de desempate. Ao Secretário do Comitê cabe a confecção das atas das reuniões do Comitê. As reuniões Ordinárias serão realizadas a cada três meses.

Art.12 Reuniões Extraordinárias podem ser convocadas pelo presidente ou pela Diretoria Técnica ou Direção Geral. Para realização das reuniões será necessário a presença de no mínimo 5 dos membros constituídos.

Art.13 Em caso de falta às reuniões do Comitê, os membros devem justificá-la. Após duas faltas não justificadas ou não validadas, o profissional poderá ser destituído do Comitê e substituído por outro indicado pela Direção.

Art. 14 O Comitê deve manter arquivada ata de todas as reuniões. É recomendável que a Direção Técnica receba cópia da ata.

Art. 15 O Comitê poderá realizar avaliação das transfusões realizadas no serviço operacionalizado no **HERSO**.

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art. 16. São atribuições do comitê:

- Estabelecer Diretrizes para a administração de cada hemocomponentes, valendo-se da literatura médica como referência;
- Realizar auditorias regulares sobre as indicações de transfusão de hemocomponentes e

derivados na instituição e nos Hospitais conveniados;

- Sistematizar informações no serviço de hemoterapia buscando a pré-avaliação das transfusões indicadas;
- Analisar discordância sobre indicação de hemocomponentes ou derivados entre o médico-assistente e o médico dos Serviços de Hemoterapia conforme Protocolo Assistencial de Transfusão de Hemocomponentes;
- Analisar eventuais problemas de reações transfusionais graves e anômalas ou inexplicáveis;
- Discutir problemas relacionados à transfusão, por solicitação de Diretoria Técnica;
- Solicitar o comparecimento de pessoas à reunião do Comitê para prestar informações acerca de fatos relacionados à transfusão;
- Avaliar as notificações de reações transfusionais, bem como realizar a notificação das mesmas através da Hemovigilância;
- Realizar auditórias conforme agendamento prévio ou solicitação pelos órgãos competentes ou instituições;
- Disponibilizar Manual de Indicações Transfusionais e Reações Transfusionais a fim de padronizar os procedimentos.

CAPÍTULO V

CATEGORIA E FINALIDADES:

Art. 17 - O Comitê Transfusional do **HERSO** é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas no **HERSO**.

Art. 18 – Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe: Art. 145. Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê Transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

CAPÍTULO VI

COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Art. 19 - O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional.

I. Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços;

II. As indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em

atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

Art. 20 - O Coordenador Clinico escolherá os membros do Comitê Transfusional e promoverá as designações do Presidente e Vice-Presidente.

Art. 21 – O Coordenador Clínico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

Art. 22 – As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas.

Art. 23 – O Comitê poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.

Art. 24 – Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

Art. 25 – Afim de assegurar o suporte técnico e operacional indispensável à eficiência do Comitê, a Diretoria Técnica, por meio do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

CAPÍTULO VII

FUNCIONAMENTO:

Art. 26 – O Comitê reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez por mês e extraordinariamente quando convocado pelo Coordenador Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

I. O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão.
II. O Presidente terá voto de qualidade;
III. As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão seguinte;
IV. As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Diretoria Clínica.

Art. 27 – É facultativo ao Presidente o aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão deliberada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 28 – A votação será nominal.

Art. 29 – O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativa ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art.30 – Os expedientes serão sujeitos à análise do Comitê que poderão ser encaminhados pela Diretoria Técnica. Parágrafo único: Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente ou por membro designado.

Art. 31 – A sequência das reuniões do Comitê será a seguinte:

I. A verificação da presença do Presidente, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;

II. Verificação da presença e existência de quórum;

III. Votação e assinatura da ata da reunião anterior;

IV. Leitura e despacho do expediente;

V. Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI. Organização da pauta da próxima reunião;

VII. Distribuição de expedientes aos relatores;

VIII. Comunicação breve e franqueamento da palavra

Parágrafo Único: Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 32 – Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

I. O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

II. O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária;

III. Após adentrada na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até 02 (duas) reuniões.

Art. 33 – Após o encerramento das discussões, o assunto será aberto a discussões.

Art. 34 – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecidas pelos presentes.

Art. 35 – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavrará uma Ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPÍTULO VIII

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

COMPETÊNCIA DO COMITÊ TRANSFUSIONAL:

Art. 36 – Compete ao Comitê:

I. Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo
- Auxiliar os Serviços tecnicamente, quando os mesmos solicitarem;
- Organizar periodicamente encontros de capacitações de todos os serviços conveniados;
- Analisar eventuais reações transfusionais graves, anômalas ou inexplicáveis;
- Avaliar as notificações de reações transfusionais, realizadas através da Hemovigilância (NOTIVISA);
- Abaixo demonstramos a proposta do regimento interno para o comitê Transfusional do **HERSO** de hemotransfusão;

II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;

III. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;

IV. Monitorar as reações transfusionais;

V. Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;

VI. Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;

VII. Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição;

VIII. Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

CAPÍTULO IX

ATRIBUIÇÕES

Art. 37 – Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

I. Representar o Comitê em suas relações internas e externas;

II. Instalar o Comitê e presidir as reuniões;

III. Promover a convocação das reuniões;

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

V. Indicar entre os membros do Comitê os relatores dos expedientes;

VI. Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 38 – Aos membros do Comitê, caberá:

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

II. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Art. 39 – Ao Secretário do Comitê caberá:

I. Assistir as reuniões;

II. Encaminhar e preparar o expediente do Comitê;

III. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;

IV. Providenciar por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;

V.Distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões;

VI. Lavrar e assinar as Atas das reuniões do Comitê.

CAPÍTULO X

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 40 – O mandato dos membros do Comitê se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 41 – O presente regimento interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos ao Coordenador Clínico para aprovação.

Art. 42 – O presente regimento interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Coordenador Clínico, revogadas as disposições em contrário.

Art. 43 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMITE TRANSFUSIONAL
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois)

dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro do Comitê.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMITE TRANSFUSIONAL
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)

Atividades/Temas: • Quais atribuições o recebimento da solicitação de transfusão; • A coleta de amostra; • Os testes pré-transfusionais; • A liberação dos hemocomponentes para transfusão • A avaliação de possíveis reações transfusionais
Revisada: xx/xx/23 | Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

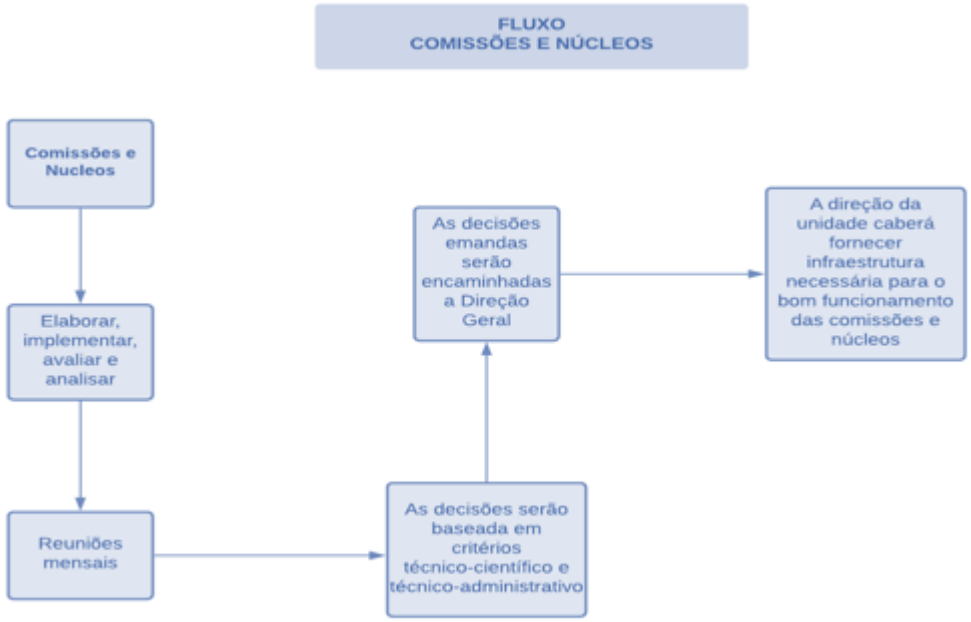


Tabela 9.1.16-1 - Cronograma Anual de Atividade do Comitê Transfusional

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Reunião De Planejamento												
Elaboração de Relatórios												

Reuniões ordinárias												
Acompanhamento das notificações de eventos adversos relacionados à transfusão sanguínea												
Monitorar a emissão de Pareceres técnicos												
Promover ações educativas com os profissionais de saúde da instituição												

9.1.17 Do Núcleo Da Qualidade E Segurança Do Paciente (NQSP)

DO REGIMENTO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO

Art.1º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NSP) visa prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos (EA) relacionados à assistência à saúde, aumentando a segurança ao paciente e promovendo a melhoria da qualidade da assistência. Com o desenvolvimento dessas ações, serão identificados às situações e riscos existentes, os pontos frágeis da estrutura e dos processos de trabalho, as falhas ativas e latentes, assim como as oportunidades de melhoria do cuidado e prevenção de incidentes e danos desnecessários aos pacientes.

Art. 2º Também será possível avaliar e fornecer feedback aos gestores sobre a qualidade e segurança da assistência prestada, fomentando a tomada de decisão em prol de mudanças e melhorias nos diferentes setores de cuidado. Por fim, pretende-se obter maior conscientização dos profissionais que atuam na instituição, estimulando-os a adotar as melhores práticas para o desenvolvimento de um cuidado seguro para todos.

Art. 3º Em âmbito mundial, a ocorrência crescente dos EA vem preocupando especialistas, pesquisadores, gestores e profissionais, devido ao reflexo direto de suas consequências na qualidade dos cuidados em saúde. Nesse contexto, as organizações nacionais e internacionais têm somado esforços para o enfrentamento das situações que se mostram mais frequentes, e que deixam os pacientes mais vulneráveis à falta de segurança, buscando soluções por meio da implantação de práticas e políticas de melhoria da assistência.

Art. 4º No Brasil, recentemente, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), representando uma importante iniciativa para a saúde no país. O programa visa reduzir a incidência de EA nos serviços de saúde e tem como ações a implementação de protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência.

CAPÍTULO II

DA CONSTITUIÇÃO

Art. 5º Será composto por um grupo de profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designado para planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Segurança do Paciente - PSP, adequado às características e necessidades da rede municipal de Saúde, nos termos da Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997.

Art. 6º Em âmbito mundial, a ocorrência crescente dos EA vem preocupando especialistas, pesquisadores, gestores e profissionais, devido ao reflexo direto de suas consequências na qualidade dos cuidados em saúde. Nesse contexto, as organizações nacionais e internacionais têm somado esforços para o enfrentamento das situações que se mostram mais frequentes, e que deixam os pacientes mais vulneráveis à falta de segurança, buscando soluções por meio da implantação de práticas e políticas de melhoria da assistência.

Art.7º No Brasil, recentemente, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), representando uma importante iniciativa para a saúde no país. O programa visa reduzir a incidência de EA nos serviços de saúde e tem como ações a implementação de protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência

Art. 8º Membros NQSP:

- Presidente
- Secretario
- Coordenador da Comissão
- Diretor Técnico

- Diretor Clínico
- Gerente de Enfermagem
- Farmacêutico
- Fisioterapeuta
- Nutricionista
- Fonoaudiólogo
- Terapeuta ocupacional
- Psicólogo
- Assistente social
- setor de RH e profissionais da área de apoio logístico

CAPÍTULO III

DA DEFINIÇÃO

Art. 9º - Considerando a RDC Nº. 36/2013 do Ministério da Saúde, que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde; considerando a RDC Nº. 63/2011 do Ministério da Saúde, que institui que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para segurança do paciente; Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, como: a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização; e capacidade de reagir a mudanças.

Art. 10º Considerando a necessidade de desenvolver estratégias e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do Paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de incidentes na atenção à saúde, fica criado no **HERSO**

CAPÍTULO IV

DO OBJETIVO

Art. 11 - São Objetivos do NSP:

- Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde;
- Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

- Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente
- Gerenciamento do risco;
- Propor a melhoria contínua dos processos de cuidados e do uso de tecnologias da saúde;
- Disseminação sistemática da cultura de segurança;
- Articulação e Integração dos processos de gestão de risco;
- Garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- Elaboração e implementação do Plano de Segurança do paciente;
- Promoção da comunicação efetiva, identificação do paciente, cirurgias seguras, higienização das mãos, prevenção de quedas e úlceras de pressão, segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos e no uso de equipamentos e materiais;
- Notificação de incidentes e eventos adversos.

CAPÍTULO V

DA COMPETÊNCIA

Art. 12 - Compete ao Coordenador:

I. Coordenar e supervisionar as atividades do NSP;

II. Representar o NSP em suas relações internas e externas;

III. Convocar e coordenar as reuniões;

IV. Prover meios para atualização dos membros;

V. Participar de instâncias deliberativas da instituição;

VI. Responsabilizar-se pela elaboração e atualização, junto às coordenações, dos Protocolos específicos de atividades de segurança do paciente;

VII. Elaborar projetos de trabalho e planejamento de atividades anuais do NSP;

VIII. Realizar a gestão dos riscos;

IX. Coordenar a elaboração do plano de segurança do paciente do Hospital;

X. Notificar os eventos adversos no NOTIVISA.

Art. 13 - Compete aos membros executores:

I. Elaborar e tratar de documentos: Registrar a entrada e saída de documentos; triar, conferir e distribuir documentos; verificar documentos conforme normas; classificar documentos, segundo critérios preestabelecidos; arquivar documentos conforme procedimentos;

II. Acompanhar processo de notificação: Verificar prazos estabelecidos; distribuir, cobrar e receber notificações;

III. Preparar relatórios, formulários e planilhas, cumprindo sempre os prazos e as normas vigentes;

IV. Agendar compromissos do Coordenador(a) do Núcleo de Segurança do Paciente e secretariar reuniões conduzidas pelo mesmo, elaborando atas e registros de frequência;

V. Dar suporte administrativo e técnico na área de materiais, patrimônio e logística: Controlar material de expediente; levantar a necessidade de material; requisitar materiais.

Art. 14 - Compete aos membros consultores

- Colaborar com a elaboração e atualização dos Protocolos específicos de atividades de Segurança do Paciente;
- Comparecer às reuniões, participando e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- Colaborar na elaboração de projetos de trabalho e planejamento de atividades anuais do NSP;
- Cor responsabilizar-se pela legitimidade e regularidade das ações e decisões do NSP;
- Realizar as ações previstas no Regimento Interno do NSP.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art. 15 - O Núcleo de Segurança do Paciente estará subordinado a Direção Geral do **HERSO** e terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Técnico, Diretor Clínico, Médico, Gerente de Enfermagem, Farmacêutico, Fisioterapeuta, nutricionista, setor de RH e profissionais da área de apoio logístico.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 16- O NSP possui as seguintes atribuições:

I. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, e ainda propor ações preventivas e corretivas;

IV. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente do Hospital;

V. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente do Hospital;

VI. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde na instituição;

IX. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço na instituição;

XI. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço na instituição;

XII. Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

CAPÍTULO VI

DAS REUNIÕES

Art. 17 - O Núcleo de Segurança do Paciente se reunirá ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário.

I. Cada reunião deverá ser registrada em Livro de Atas, e assinada pelos presentes, constando às proposições apresentadas e as resoluções realizadas;

II. As deliberações das reuniões terão validade quando tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18 - As decisões do NSP serão tomadas pelo coordenador por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Parágrafo 1º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões.

Parágrafo 2º - As resoluções do NSP serão decididas com a participação da maioria simples e os assuntos tratados deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 19 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás , de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
NUCLEO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;

- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.
- Registro no livro Do Núcleo.

Cronograma de encontros:

Janeiro dia: xx//01/23

Março: xx//03/23

Maio: xx//05/23

Julho: xx//07/23

Setembro: xx//09/23

Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
NUCLEO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • quais atribuições do NQSP; • como montar os indicadores; • a importância de trabalhar e monitora os indicadores • como produzir POPs e ROTs • normatizações sobre NQSP • outros...	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

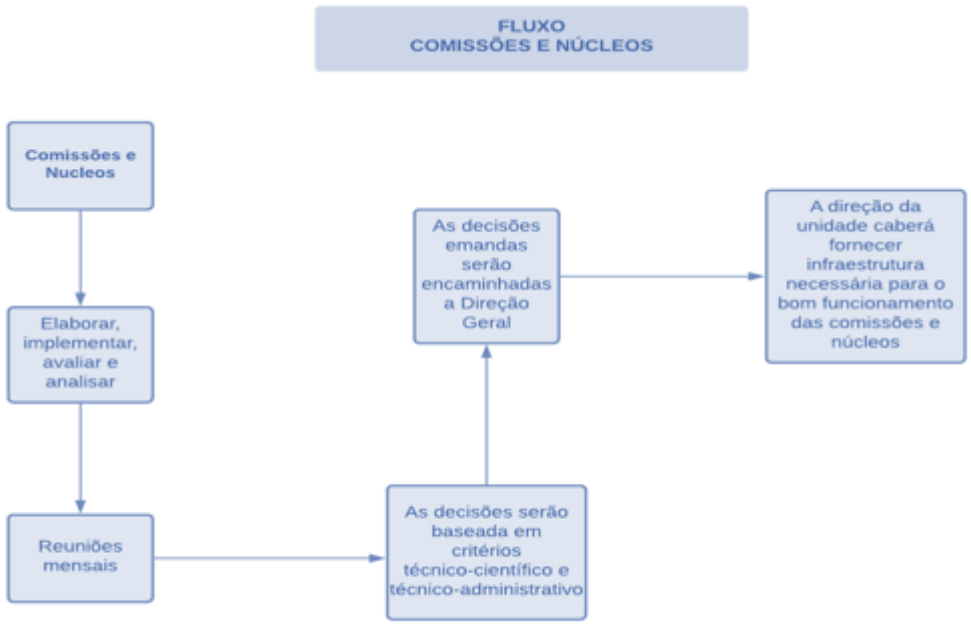


Tabela 9.1.17-1 - Cronograma de Atividade Anual NQSP

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Formara Comissão de Gerenciamento do Risco	■											
Planejar a implantação da Gestão do Risco e Elaborar a Política de Gerenciamento do Risco		■										
Identificar, classificar e mapear os riscos Setoriais no Hospital			■	■								
Replicação da oficina no hospital				■	■	■						
Elaboração da Matriz– Identificação e Classificação dos processos						■	■					
Elaboração da Matriz– Gerenciamento do processo								■	■			
Elaboração da Matriz– Identificação dos Níveis de risco										■	■	
Elaboração da Matriz–Plano de ação para O gerenciamento de risco								■	■	■	■	
Consolidação das Ações no		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Hospital												
Aplicação da Pesquisa de Cultura de Segurança Institucional												

9.1.18 Do Núcleo De Vigilância Epidemiológica

DO REGIMENTO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA

Art. 1º A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde sobre doenças/agravos, fatores que a condicionam e medidas de controle. Além de constituir importante instrumento para subsidiar o planejamento, a organização, a operacionalização e a normatização de atividades técnicas correlatas no âmbito hospitalar.

DA FINALIDADE

Art. 2º E responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória /ou outros agravos de interesse para a saúde pública.

Art. 3º A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e inter complementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer o comportamento das doenças e agravos como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

Art. 4º Funções da vigilância epidemiológica hospitalar

- Coleta de dados através de busca ativa e passiva;
- Processamento dos dados coletados;
- Alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- Trabalhar em parceria com serviço de vigilância epidemiológica municipal e estadual;
- Análise e interpretação dos dados processados;
- Recomendação de medidas de prevenção e controle apropriadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes.

Art. 5º A Portaria Gabinete do Ministro (GM) do Ministério da Saúde (MS) n.º 2529, de 23 de novembro de 2004, institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar e define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos.

Art.6º A Portaria n.º 1.378, de 9 de julho de 2013, Vigilância em Saúde, tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual quanto coletiva dos problemas de saúde.

Art. 7º Assim, a Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo as seguintes atividades:

Art. 8º A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Art. 9º As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

I – Vigilância epidemiológica: vigilância e controle de doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e de controle das doenças e dos agravos.

II – Promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde.

III – vigilância da situação de saúde: ações de monitoramento contínuo do País, estado, região, município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem os problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

IV – Vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que

interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e de controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

V – Vigilância da saúde do trabalhador: promoção da saúde e redução da mortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 10.º Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE), tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários do **HERSO** administrado pelo OS e às equipes internas.

Parágrafo único. O NUVE é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, subunidade diretamente ligada à Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 11 Este Regulamento atende as normas instituídas pelo MS, através da Portaria n.° 2529, de 23 de novembro de 2004 e portaria n° 2254, de 5 de agosto de 2010, que institui a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

Art. 12 O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do NUVE, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 13 Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional do Nuve, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

Art. 14 A Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (VEAH) foi instituída como parte integrante do Subsistema de Vigilância Epidemiológica do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, com o objetivo de detectar e investigar as doenças de notificação compulsória (DNC) e seus agravos atendidos dentro do Hospital.

Art. 15 O NUVE tem como objetivos a detecção, notificação e investigação das doenças de notificação compulsória, priorizando os agravos, em estreita articulação com a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS), bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos maternos declarados, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida.

Art. 16 As terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005) são:

I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravo: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN): é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada - Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois da avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata;

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII): é um evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 17 A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados em Portarias Nacional e do Estado, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes.

Parágrafo único. É obrigatória a notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública constantes nas Portaria MS, n.º 204 e Portaria n.º 205, de fevereiro de 2016.

Art. 18 A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, bem como pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS

Art. 19. O NUVE do **HERSO** caracteriza-se da seguinte forma:

I. Título: Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE);

II. - Ambientes de trabalho: sala do NUVE dentro do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

III. Vinculação:

a) Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidades Hospitalar;

b) Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

c) Gerência de Atenção à Saúde;

d) Diretoria Geral.

IV. Cargo de gestão: Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar.

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES

Art. 20. O NUVE tem por missão detectar as doenças de notificação compulsória e seus agravos atendidas no hospital

Art. 21. O NUVE tem por visão proporcionar o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Art. 22. São valores do NUVE, em consonância com os valores do **HERSO**:

I - Preceitos ético-legais;

II - Humanização do cuidado;

III - Responsabilidade;

IV - Respeito aos direitos do paciente;

V - Trabalho em equipe;

VI - Eficiência, eficácia e efetividade;

VII - Cooperação e integração;

VIII - Padronização de condutas;

IX - Educação permanente.

Art. 23. O NUVE tem como principal objetivo responsabilizar-se pela informação e proposição de ações de saúde coletiva no âmbito hospitalar, integrando os diferentes setores da instituição para a definição de indicadores sobre as suas atividades de vigilância epidemiológica hospitalar.

Parágrafo único. Para o alcance desses objetivos, o NUVE estabelece as presentes normas de rotinas de funcionamento da vigilância epidemiológica hospitalar no âmbito do **HERSO**

Art. 24. O NUVE é um serviço hospitalar ligado diretamente a Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar que tem por finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos do **HERSO**.

Art. 25. São Competências do NUVE:

I - Estudar e propor aos representantes da alta administração e da comunidade do **HERSO** medidas para prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;

II - Assegurar a implantação e manutenção dos processos e fluxos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração;

III - incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos e fluxos organizacionais, definidos para estes serviços;

IV - Assegurar a implantação das medidas aprovadas;

V - Orientar os processos de trabalho elencados prioritariamente:

a) Organizar um sistema de coleta de dados (agravos e doenças) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-socorro, ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;

b) Notificar e investigar as DNC no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);

c) Enviar as fichas de notificação para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);

d) Analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de mortalidade hospitalar;

e) Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

Art. 26. Constitui, como principal produto do NUVE: a promoção e a integração ensino-serviço dentro da instituição, desenvolvendo atividades práticas de vigilância epidemiológica em ação conjunta com professores, técnicos e alunos.

Art. 27. São clientes internos e externos do NUVE as Unidades Organizacionais do **HERSO** os Sistemas Nacionais de Informação e SES.

CAPÍTULO I V

CAPITAL HUMANO

Art. 28. São deveres gerais dos trabalhadores lotados no NUVE:

I - Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

II - Usar o crachá nas dependências do hospital;

III - Cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais foi designado;

IV - Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;

V - Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia;

VI - Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da instituição;

VII - Participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

VIII - Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

IX - Zelar pelo patrimônio da instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio;

X - Informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

XI – Tratar a todos com urbanidade;

XII – Comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

XIII – Acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;

XIV – Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

XV – Manter seus registros funcionais atualizados;

XVI – Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

XVII – Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

XVIII - Observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes a cada vínculo na Instituição.

Art. 29. São deveres e responsabilidades dos membros do NUVE:

I - Realizar busca ativa para os pacientes internados e atendidos no ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças da lista de notificação compulsória;

II - Realizar busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil e infantis;

III - Notificar o primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica de DNC detectados no âmbito hospitalar;

IV - Realizar investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes em articulação com a SMS e com a SES, incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SES;

V - Elaborar e divulgar Informes/Notas Técnicas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, SES;

VI- Elaborar relatórios epidemiológicos e divulgar anualmente o boletim epidemiológico;

VII - Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos, em caso de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar;

VIII - Desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica, tais como, os Serviços de Arquivo (SAM) e de Patologia; as Comissões de Óbitos e de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); a Gerência de Risco Sanitário Hospitalar; a Farmácia e o laboratório, para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;

IX - Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças e agravos no ambiente hospitalar;

X - Monitorar o preenchimento das declarações de óbitos dos casos de notificação compulsória;

XI - Monitorar o perfil de mortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do hospital, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;

XII - Realizar monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos de notificação compulsória;

XIII - Apoiar estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC e de óbito no ambiente hospitalar;

XIV - Alimentar periodicamente o SINAN;

XV –Monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória realizados pelo laboratório;

XVI - Divulgar no âmbito hospitalar a atual listagem das DNC conforme as Portarias e Resoluções em vigor;

XVIII - Participar de eventos de natureza epidemiológica.

Art. 30. O NUVE possui os seguintes cargos e atribuições, assim especificados:

- Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente: Atribuições:

1. Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

2. Implementar diretrizes da gestão, visando a linha de cuidado;

3. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;

4. Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;

5. Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

6. Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da atenção e da vigilância em saúde;

7. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;

8. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;

9. Auxiliar na construção e gerenciamento do custo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

10. Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;

11. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;

12. Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos do Setor, conforme normativas legais;

13. Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos do Setor, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;

14. Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores do Setor;

15. Manter a página do Setor de Vigilância em Saúde atualizada no sítio eletrônico do **HERSO** conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;

16. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;

17. Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;

18. Assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do NUVE sejam estabelecidos;

19. Assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização;

20. Servir como contato para organizações externas no que se refere ao NUVE do **HERSO**.

Art. 31. Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar: Atribuições:

1. Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;

2. Implementar diretrizes da gestão, visando a linha de cuidado;

3. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;

4. Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;

5. Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos na Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;

6. Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da atenção e da vigilância em saúde;

7. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;

8. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;

9. Auxiliar na construção e gerenciamento do custo da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;

10. Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;

11. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;

12. Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos da Unidade, conforme normativas legais;

13. Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos da Unidade, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;

14. Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores da Unidade;

15. manter a página da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar atualizada no sítio eletrônico do **HERSO** conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;

16. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;

17. Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;

18. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do NUVE;

19. Consolidar a pauta definitiva das reuniões do NUVE;

20. Colocar em discussão qualquer matéria urgente ou de alta relevância, ainda que não constante da pauta de convocação;

21. Representar o NUVE junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;

22. Delegar atribuições aos demais membros do NUVE;

23. Constituir grupo(s) de trabalho(s), se e quando necessário, indicando para cada grupo um relator;

24. Expedir todos os atos necessários à efetivação das deliberações do NUVE;

25. Convidar, a seu critério ou por indicação dos membros do NUVE, autoridades ou técnicos de notória competência profissional, para participar das reuniões, sem direito à participação nas deliberações do NUVE;

26. Conceder visto de matérias aos membros do NUVE, quando solicitado;

27. Supervisionar as atividades exercidas pela Secretária do NUVE;

28. Fazer cumprir este Regulamento;

29. Participar de reuniões com a direção e corpo clínico do hospital.

Art. 32. Enfermeiro Atribuições:

1. Realizar busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;

2. Notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sinan;

3. Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SES;

4. Supervisionar os dados das fichas de Investigação Epidemiológica, fichas de notificação manualmente e encaminhar para a SES semanalmente;

5. Consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do Hospital;

6. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar, elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para sua contenção;

7. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

8. Trabalhar em parceria com a CCIH, Comissão de Análise de Óbito, Gerência de Risco Sanitário Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);

9. Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e Isolamentos" em casos de notificação compulsória;

10. Desenvolver ações integradas com a CCIH, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde (GAS), Gerência Administrativa (GA), Farmácia e Laboratório.

Art. 33. Médico Atribuições:

1. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;

2. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

3. Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e Isolamentos";

4. Participar de reuniões com a alta gestão e corpo clínico do Hospital;

5. Desenvolver ações integradas com a CCIH, SESMT, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, GAS, GA, Farmácia e Laboratório;

6. Realizar a notificação imediata aos médicos assistenciais para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, e definir isolamento e profilaxia;

7. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar;

8. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico, em caso de óbito por causa mal definida;

9. Promover a integração com o SAM e a comissão de revisão de prontuário do Hospital, para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;

10. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

Art. 34 Secretário do NUVE Atribuições:

1. Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
2. Controlar agenda de compromissos;
3. Digitar memorandos, ofícios e demais documentos;
4. Receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes ao Núcleo;
5. Catalogar fontes bibliográficas;
6. Manter os arquivos atualizados;
7. Manter os armários organizados;
8. Executar os serviços de digitação do Núcleo;
9. Fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos serviços competentes, após autorização da Chefia do Núcleo;
10. Planejar viagens, despacho e conferência de documentos;
11. Participar da organização de eventos;
12. Realizar reservas de transporte aéreo, terrestre e estadia dos componentes do Núcleo para eventos externos;
13. Digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
14. Participar de reuniões e elaborar as atas do Núcleo;
15. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
16. Conferir agenda e comunicar as atividades do dia a cada membro do núcleo;
17. Checar os e-mails da caixa de entrada do Núcleo;
18. Planejar e organizar eventos;
19. Alimentar diariamente o sistema para notificações de DNC (planilha Excel), o Sinan e gerar a estatística.

Art. 35. As funções de Coordenadores e Responsáveis Técnicos (RTs) constituem funções de confiança do NUVE, ficando a indicação a seu critério.

Parágrafo único. A permanência dos profissionais nessas funções e a sua possível substituição serão providas por ato do NUVE, em conjunto com o Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar.

CAPÍTULO V

ORGANIZAÇÃO INTERNA

Art. 36. O NUVE funcionará de segunda a sexta-feira das 7h às 17h e nos finais de semana e feriados por plantão à distância.

Art. 37. As escalas de trabalho do NUVE são de responsabilidade da chefia da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar, devendo ser elaboradas até o dia 15 do mês anterior à escala para análise e aprovação da Chefia e posterior envio à Unidade de Comunicação para publicização no sítio eletrônico da Instituição.

Art. 38. Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Núcleo, referentes à matéria.

Art. 39. O NUVE, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, é constituído pela chefia e representantes dos segmentos que a compõem, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 40. Compõem o NUVE:

I - Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

II - Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;

III - Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais

IV- Profissionais técnico administrativos

a) Um Médico;

b) Três Enfermeiros;

c) Um Secretário.

§ 1.º Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc.) da chefia do Núcleo, assumirá a coordenação do núcleo seu substituto legal.

§ 2.º O secretário do Núcleo será escolhido dentre os representantes de cada segmento do Núcleo, se o mesmo não possuir o serviço de secretariado.

Art. 41. As reuniões do NUVE serão realizadas com os membros do NUVE em caráter ordinário mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao serviço.

Art. 42. As reuniões poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo.

Art. 43. O NUVE mensalmente, na primeira terça-feira do mês, apresentará nas suas reuniões, trabalhos propostos em andamento e concluídos, com entrega de relatórios podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 44. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 45. As deliberações do NUVE serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 46. O funcionamento do NUVE, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, o Estatuto e o Regimento Geral do, e as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1.º Assuntos referentes a normas e rotinas do NUVE devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPS).

§ 2.º O descumprimento das determinações previstas neste Regulamento é passível de sanções, em conformidade com os Regimentos Internos e Legislações aplicáveis a cada vínculo dos trabalhadores.

Art. 47. Este Regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 48. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião com a presença do chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 49 O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 50 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
NUCLEO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins

eletrônicos ou escritos. • Registro no livro do Núcleo.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
NUCLEO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • quais atribuições do NVE; • como montar os indicadores; • a importância de trabalhar e monitora os indicadores • como produzir POPs e ROTs • normatizações sobre NVE • outros...	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

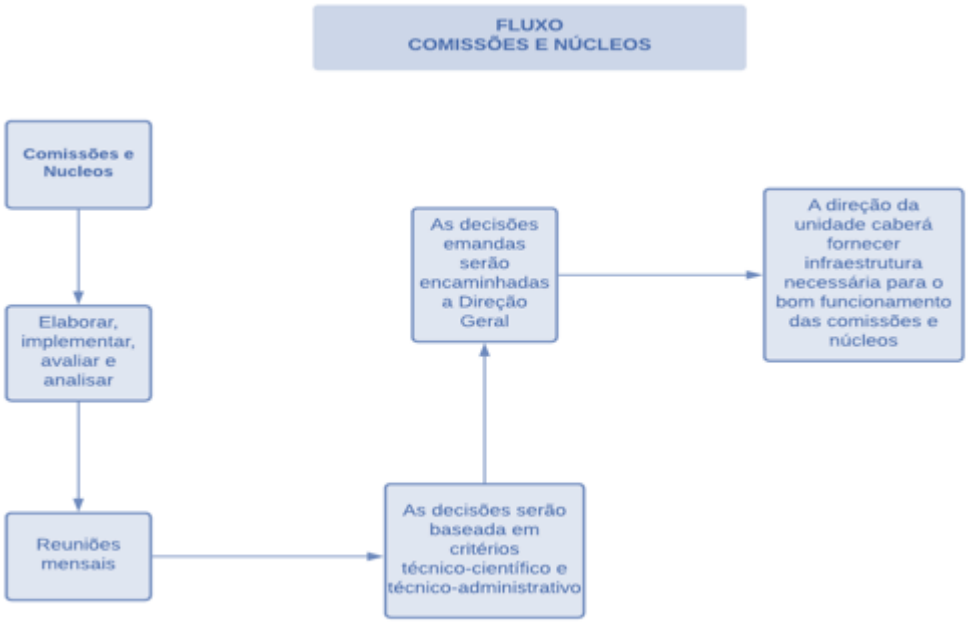


Tabela 9.1.18-1 - Cronograma Anual de Atividade Núcleo de Vigilância Epidemiológica

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Identificar, entre os profissionais do **HERSO** aqueles que possuem o perfil adequado para compor o Núcleo. Nomear oficialmente os membros do Núcleo.												
Validação, pelo Núcleo, da proposta de Regimento												

Interno. Reunião com profissionais da equipe multiprofissional para apresentação das finalidades e objetivos do Núcleo. Realizar reunião ordinária											
Revisar todos os protocolos de Notificação de Doenças de Notificação Compulsória – DNC já existentes no hospital.											
Elaborar protocolos de Notificação de Doenças de Notificação Compulsória – DNC. Divulgar no âmbito hospitalar a atual listagem das DNC. Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente											

hospitalar. Realizar reunião ordinária.											
Divulgar os protocolos de Notificação de Doenças de Notificação Compulsória. Divulgar no âmbito hospitalar a atual listagem das DNC. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos Realizar reunião ordinária											
Divulgar os protocolos de Notificação de Doenças de Notificação Compulsória. Divulgar no âmbito hospitalar a atual listagem das DNC. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos Realizar reunião ordinária											

Notificação Compulsória. Divulgar no âmbito hospitalar a atual listagem das DNC. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos Realizar reunião ordinária											
Notificação Compulsória. Divulgar no âmbito hospitalar a atual listagem das DNC. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos Realizar reunião ordinária											
Divulgar o perfil de mortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do Hospital, dos gestores municipais dos sistemas de											

vigilância e de atenção à saúde.											

9.1.19 Comissão Interna de Qualidade

REGULAMENTO DA COMISSSÃO INTERNA DE QUALIDADE

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Regimento Interno da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação da qualidade na instituição.

Art. 2º A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis) Da unidade é regida por este Regimento Interno, tem natureza técnico-científica permanente e foi instituída para coordenar a avaliação interna da qualidade, conforme previsto no Programa de Gestão da Qualidade Da INSV.

Art.3º A avaliação interna, também designada de auto avaliação, consiste na avaliação da unidade realizada por uma comissão formada por colaboradores da própria instituição.

Art. 4º A Comissão de Avaliação Interna de Qualidade é um órgão de assessoria direta da unidade, formado por profissionais a própria unidade qualificados para o planejamento e execução da avaliação interna de qualidade.

Art. 5º A auto avaliação será realizada para verificar a conformidade das práticas da unidade frente aos requisitos descritos no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa de qualidade e pelas certificadoras ONA.

Art. 6º O objetivo da avaliação interna da qualidade é estimular a unidade a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente, eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos estudantes dessas instituições.

§1º A avaliação interna de qualidade é um programa de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

§2º A avaliação interna da qualidade possui a finalidade de verificar a realidade da unidade e oportunidades de melhorias não possuindo finalidade de concessão do Selo e certificação ONA.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 7º Para este Regimento, considera-se:

I - Avaliador interno da qualidade: profissional da unidade, qualificado para realizar a avaliação interna de qualidade, designado como membro da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade por portaria institucional e deverão ser selecionados e capacitados pelo Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

II - Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade: profissional integrante da Comissão, que assume a responsabilidade pela condução das atividades de avaliação interna da qualidade da equipe e deverá ser designado por portaria institucional.

III - Avaliação Interna da Qualidade (auto avaliação): atividade sistemática, independente e documentada, realizada por uma equipe da unidade para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente ao Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da qualidade, visando a melhoria contínua do desempenho. IV - Avaliação interna geral: avaliação interna da qualidade de todos os requisitos do manual da qualidade, ou seja, uma visão geral de todo a unidade, realizada em um período determinado, minimamente uma vez ao ano.

V - Avaliação interna parcial: avaliação interna da qualidade quanto à adequação dos setores da unidade individualmente com periodicidade definida pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

VII - Líder da qualidade: profissional que acredita na gestão da qualidade e exerce a liderança em seu setor de atuação promovendo a qualidade nos processos, independentemente de cargo ou função, contribuindo para a avaliação interna da qualidade.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 8º A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por:

- 02 (dois) representantes da diretoria administrativa e técnica,
- 02 (dois) da Gerência de Ensino e Pesquisa e
- 01 (um) da INSV capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

Art. 9º A escolha dos membros da comissão de avaliação interna da qualidade deverá considerar as diferentes áreas da unidade abordada pelo Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da Qualidade visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição.

Parágrafo único. Poderão ser escolhidos líderes da qualidade dos setores para integrar a Comissão, contudo, nem todo líder da qualidade será necessariamente integrante da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, considerando que o número de líderes da qualidade é bem superior ao número de integrantes da Comissão.

Art. 10º A Comissão contará obrigatoriamente com um Coordenador, selecionado pela diretoria administrativa, responsável pela condução dos trabalhos da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade na instituição.

Parágrafo único. O Coordenador deve ser vinculado ao Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente responsável pelo desenvolvimento das atividades de gestão da qualidade na unidade.

CAPÍTULO IV

DA INSTITUIÇÃO

Art. 11. A Comissão será instituída formalmente através de portaria emitida pela diretoria administrativa.

Parágrafo Único. Os representantes serão designados pelas respectivas áreas, conforme quantidade estipulada no artigo sétimo.

Art. 12. A Portaria de composição deverá relacionar o nome completo dos membros da Comissão e a identificação do Coordenador designado pela diretoria administrativa

Art. 13. A Portaria de composição deverá ser republicada anualmente para atualização da relação de seus integrantes.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade tem como atribuição a condução dos processos de avaliação interna da instituição, de sistematização e de prestação das informações aos gestores.

Art. 15. Compete aos avaliadores internos, integrantes desta Comissão:

I - Cumprir este Regimento;

II - Participar das reuniões da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade; III - Realizar a avaliação interna no HUJB;

IV - Elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;

V - Desempenhar tarefas para as quais for designado nas reuniões da avaqualis;

VI - Elaborar e emitir relatórios de auditorias;

VII - Encaminhar para o Serviço de Gestão da Qualidade da INSV o relatório da avaliação interna em instrumento único disponibilizado pela comissão da qualidade na unidade.

VIII - Contribuir, caso seja solicitado, para realização dos ciclos de melhoria.

Art. 16. Compete ao Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade:

I - Selecionar os avaliadores internos da qualidade;

II - Promover a capacitação dos avaliadores internos da qualidade;

III - Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão;

IV - Coordenar as discussões e conduzir os trabalhos da Comissão;

V - Distribuir tarefas entre seus membros;

VI - Responsabilizar-se pela qualificação, coordenação, organização, planejamento, desenvolvimento, execução e avaliação, permanente e sistemática, das atividades referentes às avaliações internas da instituição;

VII - Representar a Comissão de Avaliação Interna da Qualidade perante a alta administração;
VIII - Selecionar e participar de auditorias aleatórias com o intuito de verificar seu desenvolvimento;

IX - Encaminhar à diretoria administrativa da instituição e ao setor de qualidade da INSV os respectivos relatórios de avaliação interna conforme prazo estipulado em documento próprio;

X - Garantir o desenvolvimento das atividades dos Avaliadores Internos na instituição com o apoio da diretoria administrativa.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 17. A atuação dos avaliadores se restringe ao âmbito interno de sua instituição unidade devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno da unidade,

Art. 18. Baseados nos requisitos verificados como não conformes, durante a auto avaliação, cada área da unidade de saúde deverá planejar, executar e monitorar ações que visem à adequação das não conformidades apresentadas.

Parágrafo único. O não cumprimento dos requisitos durante a auto avaliação deverá deflagrar ciclos de melhoria da qualidade. Cada setor será responsável pela condução de seu ciclo de melhoria. A condução dos ciclos de melhoria não é responsabilidade da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

Art. 19. A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez ao mês.

§1º Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo Coordenador da Comissão com antecedência mínima de 15 dias sendo obrigatória a presença de todos os membros do corpo de avaliadores internos.

§2º As reuniões de deliberação deverão atender ao quórum mínimo de 07 (sete) membros.

§3º As reuniões deverão ser registradas em lista de presença e ata de reunião com a assinatura dos presentes.

§4º O avaliador que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será excluído do corpo de avaliadores internos e não participará da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade no ano subsequente.

Art. 20. Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador da AVAQualis com antecedência mínima de 24 horas.

Art. 21. As deliberações da AVAQualis deverão ser encaminhadas à diretoria administrativa, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 22. A participação na Comissão de Avaliação Interna da Qualidade não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros e se dará no horário de trabalho.

Parágrafo único. Os participantes da Comissão deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão. O Coordenador da AVAQualis deverá encaminhar periodicamente para a chefia imediata a carga horária necessária para as atividades de cada membro a depender do número de avaliações previstas no período.

CAPÍTULO VII

DA QUALIFICAÇÃO DOS AVALIADORES

Art. 23. Os avaliadores deverão ser qualificados para realização da avaliação interna e, preferencialmente, possuir conhecimento técnico-científico dos processos de trabalho da área a ser avaliada.

Art. 24. Colaboradores da instituição que possuam formação e experiência nas áreas de auditoria e qualidade deverão ser considerados para compor a AVAQualis.

Art. 25 A unidade deverá proporcionar capacitações complementares necessárias à execução dos processos de avaliação interna.

Parágrafo único. A solicitação de capacitação complementar deverá ser realizada pelo Coordenador da Comissão à diretoria técnica e administrativa da unidade apresentando a devida justificativa.

CAPÍTULO VIII

DAS AVALIAÇÕES

Art. 26. A definição do cronograma das avaliações será feita no âmbito da Comissão e deverá considerar a disponibilidade da equipe de avaliadores.

§ 1º Deverão ser programadas avaliações internas gerais e parciais, as quais serão realizadas pela equipe da AVAQualis.

§ 2º A avaliação deverá ser realizada obrigatoriamente por dois membros da Comissão.

Art. 27. O chefe da unidade a ser avaliada deverá ser notificado sobre a visita da Comissão com antecedência mínima de sete dias.

Art. 28. A comunicação com o chefe da unidade deverá acontecer por e-mail informando a data da avaliação, o nome dos avaliadores, os requisitos que serão avaliados e a previsão de tempo de avaliação. Além disto, é necessário que o chefe indique representante da unidade responsável pelo acompanhamento da avaliação.

Art. 29. A visita de avaliação deverá ser previamente planejada pelos avaliadores internos, considerando as especificidades da unidade a ser visitada, relatórios de avaliação anteriores (se houver), legislação pertinente, documentos institucionais, dentre outras referências atualizadas.

Art. 30. A avaliação deverá ser iniciada com uma reunião prévia com os representantes da unidade a fim de apresentar a equipe avaliadora, estabelecer os objetivos da avaliação e apresentar a metodologia de avaliação.

Art. 31. A equipe deverá avaliar a unidade utilizando uma lista de verificação baseada no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da qualidade

Art. 32. Ao término da avaliação, os avaliadores deverão expor resumidamente suas conclusões sobre a adequação da unidade aos requisitos da qualidade e possíveis oportunidades de melhorias.

CAPÍTULO IX

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Art. 33. Os resultados, evidências, oportunidades de melhorias e conclusões das avaliações serão documentadas pela equipe da AVAQualis. A cada avaliação o coordenador deverá designar um avaliador responsável pela elaboração e apresentação do relatório, sua exatidão e completude.

Art. 34. O relatório conterá informações detalhadas do processo de avaliação, incluindo, sempre que aplicável:

I - Identificação do local, data e horário da avaliação;

II - Identificação dos avaliadores internos;

III - Identificação dos responsáveis da unidade que acompanharam a avaliação;

IV - Identificação do chefe da unidade avaliada;

V - Citação dos documentos de referência, segundo os quais a avaliação foi conduzida;

VI - Identificação dos itens conformes, com suas evidências, e itens não conformes em relação aos requisitos da documentação de referência;

VII - Observações da equipe de avaliação como oportunidades de melhorias.

Art. 35. O avaliador responsável deverá encaminhar o relatório final de avaliação interna ao Coordenador da Comissão até 5 dias úteis após o encerramento da visita.

Parágrafo único. O envio do relatório de avaliação interna ao Coordenador deverá ser feito por meio eletrônico.

Art. 36. O relatório deverá ser enviado pelo Coordenador da Comissão ao Chefe da unidade avaliada em até 7 dias úteis a contar da data de encerramento da visita.

Art. 37. O Chefe da Unidade poderá contestar o relatório, enviando contribuições baseadas em evidências documentadas para o Coordenador da AVAQualis em até cinco dias úteis, após o recebimento do relatório.

Art. 38. O Coordenador deverá apresentar os questionamentos aos avaliadores responsáveis pela avaliação, sendo facultado a eles concordar ou não com as contribuições das unidades avaliadas. Essa decisão deverá ser comunicada à unidade avaliada em até sete dias a contar do recebimento da contestação do relatório.

Art. 39. O relatório final deverá ser assinado via sistema pelo coordenador da AVAQualis, avaliadores que participaram da avaliação e chefe/responsável pela unidade avaliada.

Art.40. O Coordenador da Comissão enviará relatório das avaliações internas parciais da qualidade a diretoria a cada três meses.

Art. 41. A avaliação interna parcial estará concluída quando da entrega do relatório final de avaliação aos chefes das unidades.

Art. 42. A avaliação interna geral deverá ser realizada, no mínimo, anualmente e será concluída quando do envio do relatório de avaliação de todos os setores da unidade ao Serviço de Gestão da Qualidade da INSV

Parágrafo único. O relatório de avaliação interna geral deverá atender a prazo e modelo previamente definido/orientações específicas da diretoria publicado em documento específico.

CAPÍTULO X

DOS PLANOS DE AÇÃO

Art. 43. A partir do recebimento do relatório de avaliação, a unidade avaliada deverá analisar as não conformidades e oportunidades de melhoria para estabelecer planos de ação para adequação da unidade aos requisitos de qualidade.

Art. 44. A elaboração do plano será realizada por cada unidade e contará com o apoio da INSV

Art. 45. A resolução das não conformidades será monitorada pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade nas avaliações parciais e na avaliação geral.

Art. 46. Cada Setor/Unidade terá 30 dias, a contar da data da avaliação interna, para apresentar plano de ação elaborado

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 47. A avaliação interna da qualidade é atividade preconizada pela INVS, sendo obrigatória para todos os hospitais/Unidades de saúde geridas e que devem seguir diretrizes e prazos normatizados para a Rede.

Art. 48. Ao final da avaliação interna geral a Comissão redigirá relatório, a ser enviado ao Serviço de Gestão da Qualidade da INSV, apresentando a situação da unidade frente aos requisitos constantes no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa

§1º O relatório deve ser encaminhado anualmente ao SGQ, sendo o primeiro envio realizado logo após a primeira avaliação interna na unidade.

§2º O relatório de avaliação interna deverá ser elaborado pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e aprovado e assinado pelo Coordenador da Comissão e pelos diretores administrativo e financeiro antes do envio ao SGQ.

§3º Os relatórios das avaliações internas de qualidade devem possibilitar o estabelecimento de ciclos de melhorias contínuas dos processos de modo a promover a Qualidade em Saúde, com foco na Segurança do Paciente.

Art. 49. Para orientações e estratégias específicas de adequação a cada requisito, a unidade poderá buscar apoio junto aos respectivos serviços responsáveis, das diferentes unidades geridas pelo INVS.

Art. 50. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade estabelecerá o cronograma de avaliação interna observando o prazo para entrega do relatório apresentados em portarias.

Art. 51. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade está ligada, na sede da INSV ao Serviço de Gestão da Qualidade da Coordenadoria de Gestão da Clínica da Diretoria de Atenção à Saúde.

Art. 52. Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e submetidos à apreciação final da diretoria administrativa e técnica e do Serviço de Gestão da Qualidade.

Santa Helena de Goiás , de 2023

_____

Diretoria Técnica da unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

• Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Agosto: xx//01/23 Setembro: xx//09/23 Outubro xx//01/23 Novembro: xx//11/23 Dezembro: xx//01/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • O que é gestão de qualidade em saúde? • Qual a importância da gestão da qualidade em saúde para os profissionais de saúde? • Qual a importância do controle de qualidade na área da saúde? • Quais são os padrões de qualidade em prestação de qualidade em saúde? • Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos • Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

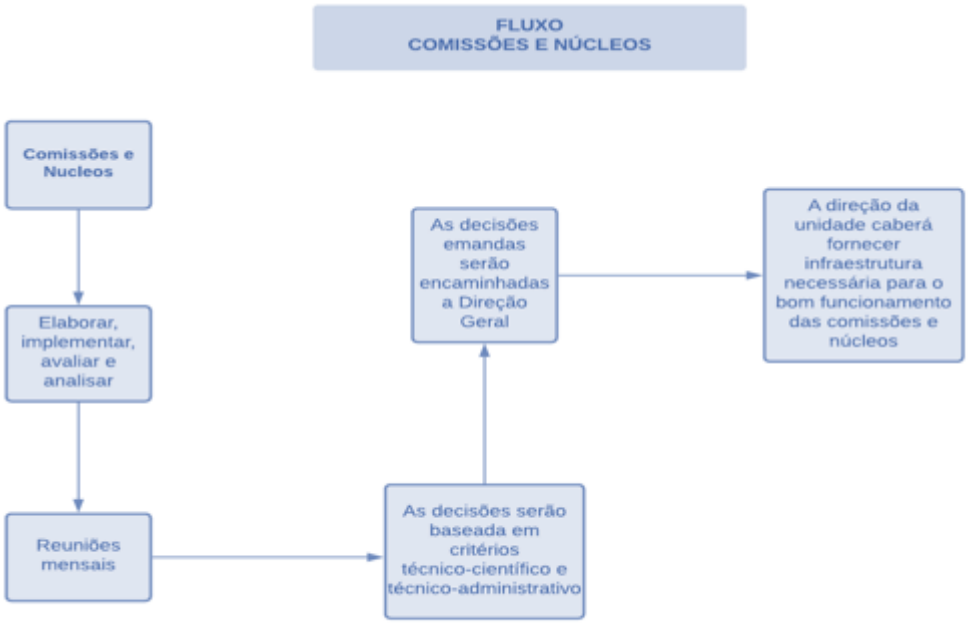


Tabela 9.1.19-1 - Cronograma de Atividade Anual NQSP

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Formara Comissão de Gerenciamento do Risco												
Planejar a implantação da Gestão do Risco e Elaborar a Política de Gerenciamento do Risco												
Identificar, classificar e mapear os riscos Setoriais no Hospital												
Replicação da oficina												

no hospital											
Elaboração da Matriz– Identificação e Classificação dos processos											
Elaboração da Matriz– Gerenciamento do processo											
Elaboração da Matriz– Identificação os Níveis de risco											
Elaboração da Matriz– Plano de ação para O gerenciamento de risco											
Consolidação das Ações no Hospital											
Aplicação da Pesquisa de Cultura de Segurança Institucional											

9.1.20 Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele

REGIMENTO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º. O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento da Comissão de Cuidados com a Pele na unidade bem como, estabelece a dinâmica de suas atividades e de seu funcionamento. Esta comissão tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

§ 1º – A Comissão de Cuidados com a Pele (CCP) é de natureza técnico-científica permanente.

§ 2º - A CCP é um órgão de assessoria vinculado à Diretoria técnica e administrativa, por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares da unidade.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º. A CCP é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

§ 1º. Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

§ 2º. Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele

§ 3º. Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º. A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Parágrafo único. A CCP poderá contar com consultores "ad hoc", que não fazem parte da comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 4º. Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

Art. 5º. A CCP deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Parágrafo Único. Para o bom funcionamento da Comissão, é imprescindível a nomeação de um secretário, com função exclusiva, mesmo não sendo um membro da mesma.

CAPÍTULO IV

NOMEAÇÃO

Art. 6º. Os membros titulares da Comissão de Cuidados com a Pele (CCP) serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião, em concordância com a Diretoria técnica e administrativa, para exercerem estas funções por um período de no mínimo 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução.

Parágrafo único. O critério para recondução dos membros será avaliado pelos pares presentes na reunião, através da disponibilidade dos membros em auxiliar com os trabalhos da CCP.

Art. 7º. A CCP deverá ser formada por profissionais da área de saúde, que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, seja no cuidado ambulatorial ou em uma unidade de internação e que atuem como sujeitos na prevenção do surgimento de lesões e atuem na evolução de feridas nesses indivíduos.

Art. 8º. O presidente da CCP deve necessariamente ser um enfermeiro especialista em Estomaterapia e/ou Dermatologia e/ou especialização em Assistência em Lesões de Pele.

Art. 9º. O vice-presidente deve ser um profissional de nível superior enfermeiro que tenha interesse pelo tema, não tendo a obrigatoriedade de possuir especialização em áreas fins relacionados ao atendimento ao paciente com lesões.

Art. 10º. O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros da CCP será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação da comissão e nomeação pela Diretoria técnica e administrativa da unidade

Art. 11. Após a nomeação pela Diretoria técnica e administrativa, permanecendo os mesmos membros, caberá somente a recondução, ou seja, após a indicação da CCP no sentido de reconduzir seus membros, caberá como ato da Diretoria técnica e administrativa a publicação de portaria de recondução.

Art. 12. Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Diretoria técnica e administrativa com antecedência mínima de 30 dias.

Art. 13. O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões

consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio. § 1º. As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 14. À CCP compete:

a) Garantir aos pacientes da unidade um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões. b) Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.

c) Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.

d) Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.

e) Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.

f) Reduzir os custos hospitalares.

g) Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.

h) Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.

i) Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro da unidade.

j) Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.

k) Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão. l) Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.

m) Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.

n) Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES

Art. 15. Atribuições do Presidente:

I – Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;

II – Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

III – Promover convocação formal das reuniões;

IV – Representar a Comissão de Cuidados com a Pele em suas relações internas e externas;

V – Tomar parte das discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;

VI – Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes, quando da ausência do secretário;

VII – Indicar os membros para a realização de estudos, levantamento de pareceres e outros, quando necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VIII – Promover a interação da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.

IX- Solicitar, quando necessário e na ausência de um médico disponível, exames complementares para melhor acompanhamento do paciente, respeitando competências para cada profissional, sendo que estes exames serão posteriormente avaliados conjuntamente com o médico do paciente e cabe ao médico a prescrição de medicamentos para uso sistêmico; Art. 16. Atribuições do vice-presidente:

a) Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;
b) Auxiliar na promoção da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.
c) Na ausência do presidente, o vice presidente realizará suas atribuições.

Art. 16. Atribuições do secretário:

I – Assistir as reuniões;

II – Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões da comissão;

III – Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;

IV – Fazer registros de atas, deliberações, entre outros;

V – Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VI – Auxiliar administrativamente as atividades da comissão;

VII – Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata.

VIII – Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Art. 17. Atribuições do serviço de educação permanente:

II – Auxiliar na promoção de capacitações sobre feridas e curativos com os profissionais da instituição e demais interessados;

III – Elaborar, conjuntamente com a comissão, projetos de capacitações estabelecendo datas, locais, conteúdos programáticos e público alvo;

IV – Buscar parcerias e patrocinadores para a realização das capacitações quando necessário;

V – Realizar relatórios de todas as capacitações realizadas;

VI – Avaliar se as capacitações estão atingindo os objetivos esperados.

Art. 18. Atribuições dos enfermeiros da Comissão de Cuidados com a Pele:

I – Avaliar as feridas dos pacientes desta instituição em parceria com a Comissão de Cuidados com a Pele quando solicitado;

II- Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a admissão de pacientes com lesões;

III- Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a alta de pacientes com lesões;

IV –Acompanhar, quando solicitado pela Comissão, os pacientes com lesões de pele, sendo que, este acompanhamento não exime a equipe de enfermagem assistencial das unidades de internação da responsabilidade de execução de curativos e da avaliação da ferida.

Art. 19. Atribuições comuns aos membros da Comissão de Cuidados com a Pele:

I – Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;

II – Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;

III – Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;

IV – Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;

V – Auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

Art. 20. A Comissão de Cuidados com a Pele irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades de internação.

Art. 21. As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das lesões pode ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular da CCP.

Art. 22. As solicitações de parecer do período noturno e final do período vespertino, serão realizadas com prazo máximo de 48 horas, salvo se os integrantes da comissão estiverem envolvidos em outras atividades.

Art. 23. As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Art. 24. Dias de Funcionamento: Esta comissão atenderá os pacientes desta instituição e ambulatoriais em dias úteis da semana.

Art. 25. Das reuniões:

I – As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Cuidados com a Pele serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro da unidade.

II – As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados.

III – Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Art. 26. Os assuntos que demandarem decisão da Comissão serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

§ 1º. Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas) reuniões.

§ 2º. Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

§ 3º. Será considerado "quórum", para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

§ 4º. Em caso de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate ("voto Minerva").

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 27. Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Parágrafo Único. A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular da comissão de Cuidados com a Pele.

Art. 28. Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente desta comissão, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Art. 29. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação da Portaria pela Diretoria técnica e administrativa do hospital, revogado o Regimento anterior e as demais disposições em contrário.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente;

• Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Agosto: xx//01/23 Setembro: xx//09/23 Outubro xx//01/23 Novembro: xx//11/23 Dezembro: xx//01/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Quais os cuidados devem ser tomados com o objetivo de manter a integridade da pele? • O que significa integridade da pele prejudicada? • Como tratar Epibole? • Quais os riscos para o comprometimento com a pele? • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxo

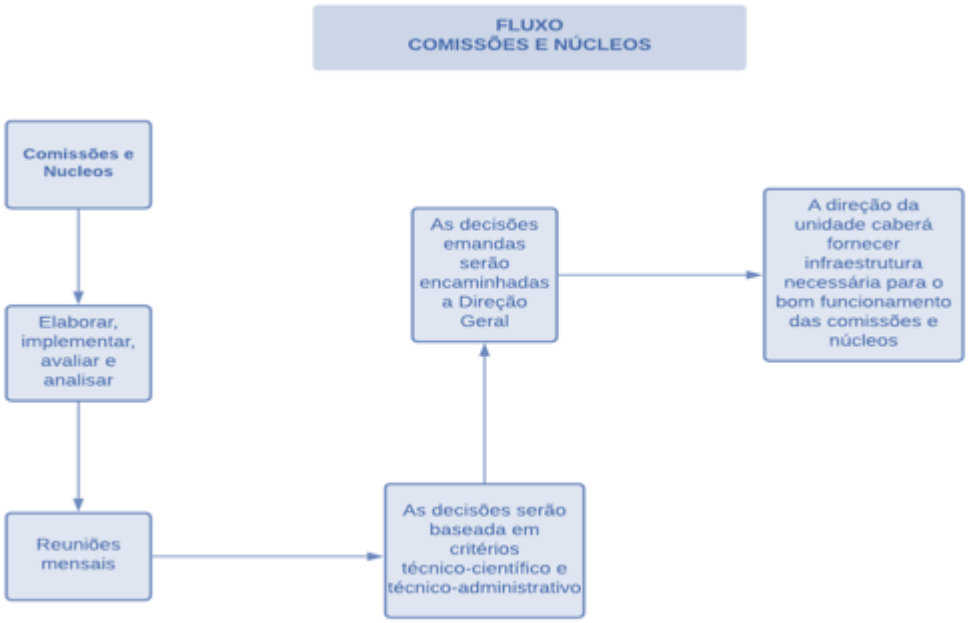


Tabela 9.1.20-1 - Cronograma Anual de Atividade Anual – Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Formar a Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele												
Elaborar a Política e Planejar a implantação da Gestão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele												

Identificar, classificar e mapear os riscos Setoriais no Hospital												
Replicação da política e da Comissãono hospital												
Elaboração da Matriz– Identificação e Classificação dos processos												
Elaboração da Matriz– Gerenciamento do processo de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele												
Elaboração da Matriz– Identificação dos Níveis de prevenção												
Elaboração da Matriz–Plano de ação para o gerenciamento de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele												
Consolidação das Ações no Hospital												
Aplicação da Pesquisa de												

Cultura de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele												

9.1.21 Comitê De Pacientes De Risco De Longa Permanência Hospitalar

REGIMENTO DO COMITE DE PACIENTES DE RISCO DE LONGA PERMANENCIA HOSPITALAR

Art. 1º A Direção Geral do **HERSO** vai implantar um Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar e implantar o Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar.

Art. 2º São considerados pacientes crônicos aqueles portadores de patologias que levam à necessidade de acompanhamento médico prolongado, podendo evoluir ou não para a dependência parcial ou total para cuidados básicos de vida.

Art. 3º O Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar do **HERSO** além de oferecer atendimento familiar, oferece informações diversas como indicações de recursos que podem auxiliar os pacientes e/ ou familiares de pacientes acometidos por doenças crônicas melhorando na qualidade de vida de todos.

Art.4º As condições crônicas são responsáveis por cerca de 60% das mortes por doenças não comunicáveis no mundo (OMS). As condições crônicas se sobrepõem nos clientes a partir de certa faixa etária e aqueles com mais de 70 anos podem apresentar de 5 a 7, ou mais, condições crônicas como comorbidades (OMS). Por isso, os pacientes idosos caracterizam-se com essas comorbidades, o que está relacionado com alto risco de re-internações e alto grau de instabilidade clínica durante as internações, declínio funcional e longa permanência hospitalar.

CAPÍTULO I

OBJETIVOS DO PROGRAMA

Art. 5º São objetivos do programa:

- Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o

momento da alta e/ou transferência;

- Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;
- Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes;
- Reduzir complicações clínica e re-internações;
- Otimizar o tempo de recuperação do paciente;
- Formar um Comitê Gerenciador de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar;
- Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de deshospitalização;
- Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;
- Facilitar e intermediar o acesso aos recursos oferecidos pelo do **HERSO**.

Art. 6º Critérios para que o paciente possa ser acompanhado pelo Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar

- Grau de complexidade para assistência de enfermagem;
- Patologias crônicas e/ou sequelantes;
- Tempo de hospitalização prolongado.
- Acompanhamento aos pacientes
- O acompanhamento ao paciente pode ser realizado por indicação médica, por busca ativa pela equipe gerenciadora de casos crônicos e de longa permanência hospitalar;
- O caso é gerenciado até que o paciente apresente condições favoráveis para alta e/ou transferência.

CAPÍTULO II

PÚBLICO ALVO DO PROJETO

Art. 7º Pacientes acima de 15 dias de internação Resultados Esperados:

- Menor tempo de hospitalização;
- Baixo índice de re-internações;
- Maior número de doentes crônicos, com melhora na qualidade de vida;

- Redução do custo assistencial.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 8º - Diretor Técnico do **HERSO**; Membros do Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência; Representante do Setor da Tecnologia da Informação e Representante do Setor do SAME.

Art.9º Membros do GPC: Diretor Geral do **HERSO**; Diretor Técnico; Área da Enfermagem; Assistente Social; Nutricionista; Psicóloga.

CAPÍTULO IV

DA DEFINIÇÃO

Art. 10 O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar será criado pelo Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar objetivando monitorar e estabelecer critérios de acompanhamento do paciente de longa permanência.

CAPÍTULO V

DA COMPETÊNCIA

Art. 11º - Compete ao Comitê:

- Ordenar a formulação de diretrizes do Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência;
- Monitorar e acompanhar as atividades do Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência;
- Estabelecer critérios para que o paciente possa ser acompanhado pelo Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência;
- Desenvolver estratégias de preparo do paciente, da família e dos cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência;
- Definir dados e relatórios estatísticos para serem utilizados como fonte de geração de informações.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 A rotina das reuniões do Comitê:

- As reuniões serão realizadas em caráter ordinário (quinzenalmente), em local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência;
- As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Diretor Geral do **HERSO** Coordenador Médico ou a pedido de qualquer membro do Comitê, de acordo com a urgência da matéria;
- As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo com 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;
- As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador Médico do Comitê;
- Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro. A inclusão de itens na pauta deve ser realizada com no máximo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;
- Nas reuniões ordinárias ou extraordinárias, poderá solicitar a convocação de outros representantes de diversas áreas do Hospital com objetivo de discutir casos pontuais;
- A convocação para reunião será feita pelo Auxiliar Administrativo, com anuência do Coordenador Médico, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação;
- As reuniões serão realizadas com no mínimo metade, mais um, dos membros efetivos, ficando as resoluções na dependência da presença deste número de membros;
- De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença;
- Os membros que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão notificadas e constará registro em seu assentamento funcional.

Parágrafo único – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13 A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência das atividades do Comitê, a equipe de governança do **HERSO** proporcionará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.

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

Art. 15 Os membros poderão requerer, a qualquer tempo, que o coordenador médico solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas para solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 16 Os casos omissos referentes à matéria do Comitê serão resolvidos em conjunto com a Diretoria do **HERSO**.

Art. 17 Este regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 18 O regulamento entrará em vigor após a aprovação da Direção do **HERSO**.

Comitê De Gerenciamento Dos Pacientes Com Risco Para Longa Permanência Hospitalar

Art. 19 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMITE DE GERENCIAMENTO DE PACIENTES COM RISCO DE LONGA PERMANENCIA HOSPITALAR
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação Da Presença Do(A) Presidente E, Em Caso De Sua Ausência, Abertura Dos Trabalhos Por Um Substituto Indicado Pelo Mesmo; • Verificação De Presença E Existência De "*Quórum*"; • Leitura, Aprovação E Assinatura De Ata Da Reunião Anterior; • Leitura E Despacho Do Expediente;

- Ordem Do Dia Compreendendo Leitura, Discussão E Votação Dos Pareceres;
- Organização Da Pauta Da Próxima Reunião;
- Comunicações Breves;
- Proposta Da Próxima Reunião;
- A Ordem Do Dia Será Comunicada Previamente A Todos Os Membros, Com Antecedência Mínima De Uma Semana Para Reuniões Ordinárias E 2 (Dois) Dias Para As Extraordinárias.
- O Membro Que Não Se Julgar Suficientemente Esclarecido Quanto À Matéria Em Exame, Poderá Pedir Vistas Do Expediente, Propor Diligências Ou Adiamento Da Discussão E Da Votação.
- O Prazo De Vistas Será De Até A Realização Da Próxima Reunião Ordinária.
- Após Entrar Em Pauta, A Matéria Deverá Ser Obrigatoriamente, Votada No Prazo Máximo De Até Uma Reunião.
- Após O Encerramento Das Discussões, O Assunto Será Submetido À Votação.
- As Deliberações Serão Divulgadas À Comunidade Por Meio De Boletins Eletrônicos Ou Escritos.
- Registro No Livro Do Núcleo

Cronograma de encontros:

Janeiro dia: xx//01/23

Março: xx//03/23

Maio: xx//05/23

Julho: xx//07/23

Setembro: xx//09/23

Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMITE DE GERENCIAMENTO DE PACIENTES COM RISCO DE LONGA PERMANENCIA HOSPITALAR	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Quais atribuições do COMITE; • Como montar os indicadores; • A importância de trabalhar e monitora os indicadores • Como produzir POPs e ROTs • Normatizações sobre NVE • outros...	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

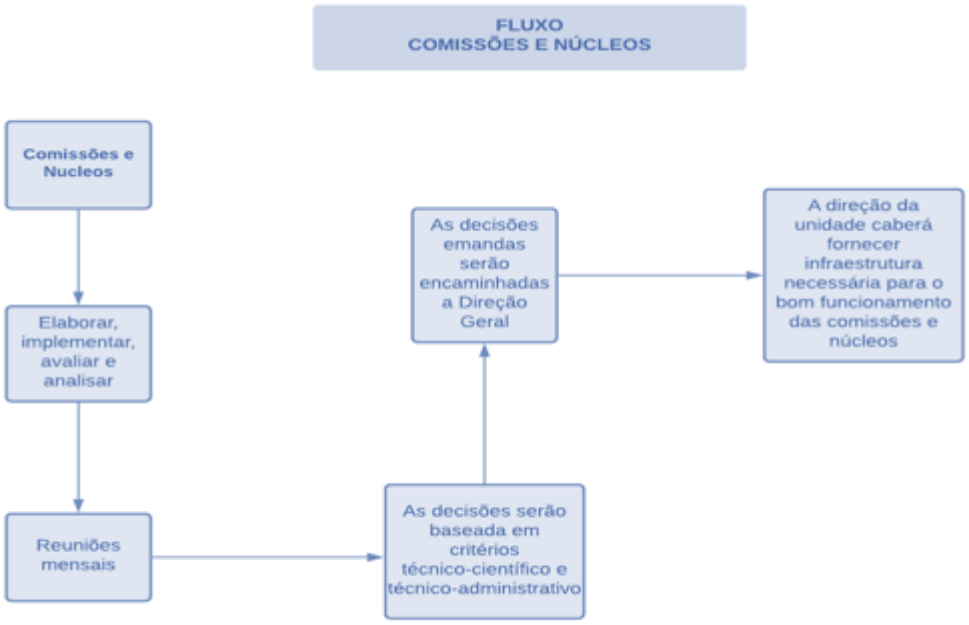


Tabela 9.1.21-1 - Cronograma Anual de Atividade – Gerenciamento dos Pacientes com Risco para–Longa Permanência Hospitalar

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Formação de Comissão de Gerenciamento do Risco												
Planejar implantação da Gestão do Risco e Elaborar a Política de Gerenciamento do Risco												
Identificar classificar e												

mapear os riscos Setoriais no Hospital											
Replicação da oficina no hospital											
Elaboração da Matriz– Identificação e Classificação dos processos											
Elaboração da Matriz– Gerenciamento do processo											
Elaboração da Matriz– Identificação dos níveis de risco											
Elaboração da Matriz–Plano de ação para O gerenciamento de risco											
Consolidação das Ações no Hospital											
Aplicação da Pesquisa de Cultura de Segurança Institucional											

9.1.22 Comissão Intra- Hospitalar De Doação De Órgão E Tecidos Para Transplante - CIHDOTT

DO REGIMENTO DA CIHDOTT

A CIHDOTT do **HERSO** será instituída por ato formal da Direção e estará vinculada diretamente à diretoria médica da instituição, sendo composta por no mínimo três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um deverá ser médico ou enfermeiro e será o Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

A Direção do Hospital disponibilizará área física constituída e equipamentos adequados para o funcionamento da CIHDOTT- **HERSO** bem como definirá o regime de trabalho dos seus membros quanto à atuação na Comissão.

A CIHDOTT- **HERSO** tem como atribuição à organização da instituição hospitalar para que seja possível:

I. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

III. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

IV. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

V. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;

VI. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não doação;

VII. Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;

VIII. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

IX. Articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;

X. Articular-se com as respectivas CNCDOs, OPOs e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XI. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei nº. 9.434, de 1997;

XII. Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei n**º.** 9.434, de 1997;

XIII. Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV. Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias, atualizados conforme os Formulários I e II do Anexo V da Portaria GM/MS 2.600/09;

XV. Apresentar mensalmente os relatórios à CNCDO, conforme o Formulário III do Anexo V da Portaria GM/MS 2.600/09;

XVI. Nos casos em que se aplique, articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CNCDO das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;

XVII. Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, nos casos em que se aplique, inclusive os registros de seguimento de doadores vivos;

XVIII. Implantar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIX. Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante, do Formulário I do Anexo IV da Portaria GM/MS 2600/09.

Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades da CIHDOTT- **HERSO** serão os estabelecidos no Anexo V da Portaria GM/MS 2600/09:

I. Número de leitos;

II. Número de leitos de Unidades de Terapia Intensiva e existência de ventiladores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;

III. Número total de óbitos por unidades assistenciais;

IV. Número de óbitos em UTI, Emergências e outras unidades com ventiladores, com diagnósticos da causa base (levantamento de possíveis doadores em morte encefálica);

V. Número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas à CNCDO (potenciais doadores em morte encefálica);

VI. Número de doadores elegíveis em morte encefálica;

VII. Número de óbitos sem contraindicação para doação de tecidos (doadores efetivos ou reais de tecidos);

VIII. Tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias no caso de doação de órgãos;

IX. Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de órgãos;

X. Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de tecidos;

XI. Taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em potenciais doadores em morte encefálica e em que fase do processo;

XII. Taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em doadores elegíveis em morte encefálica e em que fase do processo;

XIII. Número de doações efetivas ou reais em morte encefálica (cirurgia de retirada);

XIV. Número de doações efetivas ou reais de tecidos (cirurgia de retirada);

XV. Causas de não-remoção especificadas;

XVI. Doador de órgãos implantados.

DA COMPOSIÇÃO

A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo de profissionais de saúde da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, cuja formação profissional seja de médico (a) ou enfermeiro (a) com experiência e/ou formação em transplantes, sendo designados por portaria da Superintendência.

CAPÍTULO I

DA ESTRUTURA E FORMAÇÃO

Art. 1º A CIHDOTT é instituída por ato formal da Superintendência do **HERSO** e subordinada tecnicamente à Divisão Médica:

§ 1.º A CIHDOTT está estruturada conforme determina a Portaria de Consolidação n.º 04 de 28 de setembro de 2017, Anexo I, art. 1º, que aprovou o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

§ 2.º A CIHDOTT é exigida pela Portaria Interministerial n.º 285 de 24 de março de 2015, Art. 6º, inciso II, alínea a que estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.

Art. 2º No âmbito do **HERSO** a CIHDOTT tem prerrogativas específicas para o exercício das atividades relativas ao processo doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo para transplantes.

Art. 3º É de competência da direção do **HERSO** prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, área para acolhimento dos familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da CIHDOTT, bem como definir o regime de trabalho dos seus.

Art. 4.º A CIHDOTT do **HERSO** é classificada como CIHDOTT tipo I.

CAPÍTULO II –

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5.º A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo de profissionais de saúde da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, cuja formação profissional seja de médico (a) ou enfermeiro (a) com experiência e/ou formação em transplantes, sendo designados por portaria da Superintendência:

§ 1.º O Coordenador da CIHDOTT deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão, uma vez que a CIHDOTT está classificada como CIHDOTT tipo I.

§ 2.º A composição da CIHDOTT deve ser multiprofissional, obrigatoriamente devendo ser composta no mínimo: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

CAPÍTULO III –

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA CIHDOTT

Art. 6º São atribuições da CIHDOTT:

- Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;
- Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;
- Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica (ME), visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;
- Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;
- Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não doação;
- Manter o registro do número de óbitos ocorridos na instituição;
- Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;
- Articular-se com os respectivos Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida à retirada dos órgãos;
- Articular-se com Central Estadual de Transplantes (CET), Organização de Procura de

Óbitos (OPO) e/ou bancos de tecidos, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

- Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CET cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de diagnóstico de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;
- Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;
- Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;
- Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizadas;
- Apresentar mensalmente os relatórios à Central Estadual de Transplantes (CET);
- Articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CET das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;
- Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, inclusive, os registros de seguimento de doadores vivos;
- Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;
- Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante.

CAPÍTULO IV –

DAS ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DA CIHDOTT

Art. 7º Ao Coordenador incumbe atuar como membro, dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CIHDOTT e, especificamente:

- Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas;

- Instalar a CIHDOTT e presidir suas reuniões;
- Promover a convocação das reuniões;
- Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade;
- Designar dentre os membros da CIHDOTT, os relatores dos expedientes;
- Designar profissionais para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão;
- Articular-se com a Central Estadual de Transplantes;
- Promover a interação da OPO com a CIHDOTT;
- Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

Art. 8.º Aos membros da CIHDOTT incumbe:

- Realizar busca ativa de potenciais doadores de órgãos e tecidos;
- Acompanhar a realização do Protocolo de Morte Encefálica (PME), garantido o cumprimento da legislação vigente;
- Realizar o acolhimento dos familiares antes, durante e após a conclusão do Protocolo de Morte Encefálica;
- Preencher o Alerta Doador nas situações de suspeita de morte encefálica e óbito coração parado;
- Realizar a entrevista para doação de órgãos e tecidos para transplantes, nos pacientes elegíveis para doação;
- Preencher e aplicar o Termo para Remoção de Órgãos e Tecidos para Transplantes, coletando a assinatura dos familiares e realizando a cópia dos documentos de identificação dos autorizadores e do doador;
- Acionar a Central Estadual de Transplantes nas situações de suspeitas de Morte Encefálica e na doação de córneas;
- Registrar em prontuário as atividades desenvolvidas no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes;
- Preencher a Autorização de Internação Hospitalar nas doações de órgãos e tecidos;
- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIHDOTT;
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas pelas CIHDOTT;

- Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

CAPÍTULO V –

DA ROTINA ADMINISTRATIVA DA COMISSÃO

Art. 9º A CIHDOTT deverá enviar à CET os documentos referentes ao paciente com morte encefálica, independentemente de serem doadores, em até 48 horas após o óbito;

Art. 10. A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de Notificação de Morte Encefálica, onde devem constar dados como data da constatação, nome do paciente, número de prontuário, idade, procedência (nome do hospital), diagnóstico; se houve confirmação da ME, se houve entrevista familiar, órgãos retirados, motivos da não doação, local da necropsia, coordenador da sala cirúrgica e n° da Autorização de Internação Hospitalar.

Art. 11. A CIHDOTT deverá arquivar no prontuário do paciente o protocolo de morte encefálica original e manter cópia nos arquivos da CIHDOTT para fins de pesquisa e auditoria.

Art. 12. No caso de doações efetivadas devem ficar arquivados os seguintes documentos:

- Termo de Declaração de Morte Encefálica;
- Termo de Autorização para Doação de Órgãos e Tecidos;
- Cópia de documento de identificação do doador e dos autorizadores;
- Exames e provas sorológicas;
- Laudo e foto do exame complementar;
- Laudo de AIH;
- Evolução do membro da CIHDOTT.

Art. 13. No caso de constatação de ME apenas, arquivar no mínimo os seguintes documentos:

- Termo de Declaração de Morte Encefálica;
- Exames e provas sorológicas;
- Laudo e foto do exame complementar;
- Evolução da CIHDOTT com motivo da não retirada.

Art. 14. A CIHDOTT deverá organizar arquivos de:

- Atas e Regime Interno;
- Correspondências recebidas e emitidas;

- Estatística atualizada com planilhas contendo notificação/remoção com dados dos pacientes, cirurgião de retirada de órgãos, coordenador de sala, etc;
- Controle e estatística do programa de captação de córneas;
- Relatório Mensal de Óbitos do Hospital;
- Material didático sobre doação de órgãos;
- Campanhas e eventos;
- Leis e portarias;
- Revistas assuntos pertinentes e artigos científicos sobre o assunto;
- Folhetos com material de divulgação/esclarecimento sobre doação de órgãos de diversas instituições (pelo menos um modelo de cada);
- Mailing;
- Certificados de participação em cursos, seminários, palestras, etc. dos componentes da CIHDOTT;

CAPÍTULO VI –

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15. A Superintendência poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos componentes da CIHDOTT bem como do Coordenador.

Art. 16. A CIHDOTT se reunirá de forma ordinária, mensalmente em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros. Em cada reunião deverá ser redigida ata com a devida assinatura dos participantes, que será arquivada em local apropriado.

§ 1.º A reunião da CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus membros.

§ 2.º No caso de o "quórum" ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início.

§ 3.º As decisões da CIHDOTT serão tomadas por maioria simples dos presentes.

§ 4.º Cada membro terá direito a um voto.

§ 5.º O Coordenador da CIHDOTT terá o voto de qualidade.

§ 6.º A votação será nominal e aberta.

§ 7.º As deliberações tomadas pelo Coordenador "ad referendum" deverão ser encaminhadas a CIHDOTT para deliberação desta, na primeira reunião seguinte.

§ 8º É facultado ao Coordenador e aos membros da CIHDOTT solicitar o reexame de qualquer resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 9.º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer um de seus membros.

Art. 17. O integrante da CIHDOTT que, sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas ou a três intercaladas no ano civil, será desligado da comissão:

Parágrafo único: Cabe ao Coordenador da CIHDOTT enviar ofício à Superintendência informando a necessidade de substituição do profissional e indicação de novo membro para nomeação.

Art. 18. A CIHDOTT poderá a qualquer tempo e por motivo justificado propor à Superintendência, a substituição do Coordenador, por maioria absoluta dos membros.

Art. 19. O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida à Superintendência.

Art. 20. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT, e em grau de recurso pela Divisão Médica.

Art. 21. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Art. 22 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás , de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
DA COMISSAO CIHDOTT
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.
- Registro no livro da Comissão.

Cronograma de encontros:

Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
DA COMISSAO CIHDOTT
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • quais atribuições do COMITE; • como montar os indicadores; • a importância de trabalhar e monitora os indicadores • como produzir POPs e ROTs • normatizações da comissão CIHDOTT • outros...

Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

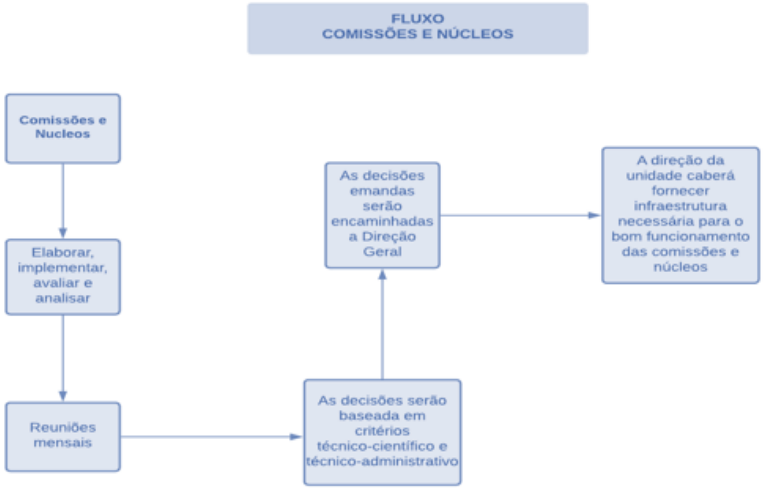


Tabela 9.1.22-1 - Cronograma Anual de Atividade CIHDOTT

ATIVIDADES	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Constituição e Eleição dos Membros												
Reuniões e Convocações												
Elaboração do Plano de Ação												
Apresentar Proposições Estatísticas												
Notificação de Registros												
Verificar a Instrução dos Procedimentos												

Estabelecidos											
Acompanhar e Monitorização											
Relatório Mensais											
Relatório Anuais											

9.1.23 Do Núcleo Interno De Regulação - NIR

DO REGIMENTO DA NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR

Art.1º Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Unidades de Saúde, as Centrais de Regulação e a Diretoria do Hospital.

Art. 2º A Comissão será responsável pelas ações de gerenciamento de leitos no ambiente hospitalar. A organização e composição da Comissão se dará conforme Regimento Interno a seguir:

CAPÍTULO I –

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADE

Art. 3º O Núcleo Interno de Regulação - NIR é de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multisetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Unidades de Saúde, as Centrais de Regulação e a Diretoria do **HERSO** além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

Art. 4º O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas do **HERSO** e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: PORTARIA MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008; PORTARIA MS Nº 2048, de 5 de novembro de 2002; PORTARIA MS Nº 2.657, DE 16 de dezembro de 2004; PORTARIA MS Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013; PORTARIA MS Nº 3432, de 12 de agosto de 1998; RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156, de 28 de outubro de 2016.

CAPÍTULO II –

DAS COMPETÊNCIA

Art. 5º Compete ao Núcleo Interno de Regulação – NIR:

I. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação de Leitos da SES/GO e Núcleo Interno de Regulação - NIR;

II. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação de Leitos da SES/GO, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;

III. Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;

IV. Atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

V. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;

VI. Divulgar as deliberações à Comunidade Hospitalar por meio de boletins eletrônicos ou impressos.

CAPÍTULO III –

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 6º O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá composição multiprofissional e multissetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

I. Coordenador Médico;

II. Médico Regulador;

III. Enfermeiro;

IV. Técnico de Enfermagem;

V. Médicos Assistentes Técnicos;

VI. Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;

VII. Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;

VIII. Auxiliar administrativo.

Parágrafo único – O Núcleo Interno de Regulação - NIR poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Artigo 7 As indicações para integrar o Núcleo Interno de Regulação - NIR serão submetidas à aprovação da Diretoria do **HERSO**.

CAPÍTULO IV –

ATRIBUIÇÕES

Art. 8º Ao coordenador médico incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR e, especificamente:

I. Seguir as atribuições dos responsáveis pelos postos de trabalho;

II. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação a regulação médica assistencial;

III. Fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares;

IV. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

V. Promover a articulação da instituição com os serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;

VI. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;

VII. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;

VIII. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

IX. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;

X. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos no hospital;

XI. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas.

Parágrafo único – Na ausência ou impedimento temporário do coordenador médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, suas funções serão exercidas interinamente pelo médico regulador, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art. 9º Ao médico regulador incumbe:

I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;

II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos da SES/GO;

III. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

IV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

V. Acompanhar a admissão dos pacientes com vaga liberada via Central de Regulação de Leitos da SES/GO, a fim de verificar a compatibilidade do quadro clínico descrito com o real;

VI. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;

VII. Conferir documentação de solicitação de internação;

VIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas.

Parágrafo único – Na ausência do médico regulador o enfermeiro ficará responsável pela avaliação técnica da solicitação e liberação de vagas em conjunto com o grupo do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

Art. 10º Aos enfermeiros do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Gerenciar a ocupação e movimentação de leitos, monitorando os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;

II. Conferência diária in loco nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs do censo hospitalar com a situação física do leito;

III. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;

IV. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação de Leitos da SES/GO;

V. Na ausência do médico regulador o enfermeiro ficará responsável pela gestão de leitos, sendo que contará com suporte do médico assistente técnico da unidade de internação e pronto atendimento, para a avaliação da solicitação e liberação de vagas;

VI. Acompanhar o cumprimento do fluxo de pacientes nas diversas portas de entrada do **HERSO**;

VII. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

VIII. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos da SES/GO, na ausência do auxiliar administrativo e do técnico de enfermagem;

IX. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

X. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido pela equipe; XI. Conferir documentação de solicitação de internação;

XI. Solicitar para a equipe assistencial a atualização dos dados de movimentação dos pacientes;

XII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

XIII. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas; redistribuir os leitos institucionais no caso de mutirões, campanhas, superlotação e calamidade pública de acordo com orientações superiores devidamente documentadas;

XIV. Comunicar ao chefe de Unidade de Regulação Assistencial problemas que venham a dificultar o processo de internação e alta; XVII. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo e técnico de enfermagem.

Art. 10º Aos técnicos de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Monitorar os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;

II. Conferência diária in loco (nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs) do censo hospitalar com a situação física do leito;

III. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação de Leitos da SES/GO;

IV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

V. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos da SES/GO, na ausência do auxiliar administrativo;

VI. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido;

VII. Conferir documentação de solicitação de internação;

VIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

IX. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas em conjunto

com a equipe assistencial na ausência do médico regulador ou enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

X. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo.

Art. 11 Ao médico Assistente Técnico do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;

II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos da SES/GO.

Parágrafo único – Considera-se médico assistente técnico o médico plantonista das unidades de internação e pronto atendimento.

Art. 12 Ao membro chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Seguir as atribuições das unidades assistenciais e serviços de apoio;

II. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas;

III. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. Auxiliar em atividades de auditoria ou demandas e/ou documentos oriundos de órgãos de controle, referentes à regulação de leitos ou à conduta dos profissionais que compõem o Núcleo Interno de Regulação - NIR;

VI. Solicitar parecer de outros profissionais ou chefias quando o grupo identificar a necessidade;

VII. Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do núcleo.

VIII. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

IX. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;

X. Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do núcleo;

XI. Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

Art. 13. Ao auxiliar administrativo do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Conferir documentação de solicitação de internação;

II. Realizar controles de solicitações enviadas e recebidas;

III. Organizar as solicitações enviadas e recebidas;

IV. Escanear as solicitações enviadas e recebidas;

V. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos da SES/GO;

VI. Checar dados cadastrais dos pacientes já matriculados na instituição;

VII. Solicitar prontuário junto ao Serviço de Documentação Médica quando necessário;

VIII. Realizar o arquivamento de toda documentação relacionada à regulação (Solicitações de internação, Memorandos, Atas, entre outros);

IX.Receber e protocolar os documentos;

X. Lavrar e assinar as atas de reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR, até 2 dias úteis após sua realização;

XI. Convocar os membros para as reuniões ordinárias e extraordinárias, já com o envio da pauta pré-determinada pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

XII. Solicitar materiais de consumo;

XIII. Manter a organização do serviço;

XIV. Realizar outras funções determinadas pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, relacionadas ao serviço.

Parágrafo único – Na ausência do auxiliar administrativo, no início das reuniões, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO

Art. 14 O Núcleo Interno de Regulação - NIR atuará na regulação dos leitos do **HERSO** em todas as especialidades. São parâmetros essenciais para melhor utilização dos leitos:

I. Critérios bem definidos de internação e alta;

II. Protocolos clínicos assistenciais – permitirá definição do tipo de paciente que pertence a grade de referência contratada com a saúde pública;

III. Internação hospitalar necessária, no leito apropriado (diagnóstico e complexidade) e por uma permanência adequada (a menor necessária para diagnóstico e terapêutica);

IV. Agilidade nos resultados de exames e procedimentos necessários;

V. Planejar a alta desde a internação (plano terapêutico);

VI. Melhoria da qualidade da informação disponível - monitoramento de indicadores: de demanda, de movimentação de leitos, de eficiência, etc.;

VII. Cuidado integrado paciente;

VIII. Os leitos serão readaptados em casos de epidemias para melhor satisfazer às necessidades da população.

1º Para a regulação dos leitos a equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR realizará visitas in loco, avaliação dos censos das unidades, para a elaboração do Mapa de Leitos da instituição. Este mapa de leitos será disponibilizado para a Central de Regulação de Leitos da SES/GO três vezes ao dia (manhã, tarde e noite), ou conforme pactuado;

2º Após reorganização interna e verificada a disponibilidade de leitos, as vagas serão reguladas de acordo com o que consta dentro da grade de referência e contratualização, desde que respeitada nossa capacidade operacional, salvo os casos regulados como VAGA ZERO.

Art. 15 São ferramentas para processo de trabalho que tem por objetivo contabilizar informações sobre o movimento de entrada e saída de pacientes no hospital:

I. Normas internas;

II. Procedimentos operacionais padrão – POP;

III. Protocolos clínicos assistenciais definidos pelas especialidades ou unidades assistenciais;

IV. Censo das unidades de internação elaborados pelos enfermeiros assistenciais;

V. Controle de solicitações recebidas;

VI. Mapa de leitos;

VII. Indicadores Hospitalares.

Art. 16 A rotina das reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR será a seguinte:

I. As reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão realizadas em caráter ordinário (mensalmente), na última sexta-feira, em local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência;

II. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Chefe de Unidade ou a pedido de qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR, de acordo com a urgência da matéria;

III. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo com 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;

IV. As reuniões serão conduzidas pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;

V. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo está ser proposta por qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR. A inclusão de itens na pauta deve ser realizada com no máximo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;

VI. O NIR em suas reuniões ordinárias ou extraordinárias, poderá solicitar a convocação de outros representantes de diversas áreas do Hospital com objetivo de discutir casos pontuais;

VII. A convocação para reunião do Núcleo Interno de Regulação - NIR será feita pelo Auxiliar Administrativo, com anuência do Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação;

VIII. As reuniões serão realizadas com no mínimo metade, mais um, dos membros efetivos do Núcleo Interno de Regulação - NIR, ficando as resoluções na dependência da presença deste número de membros;

IX. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença;

X. Os membros da comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão notificadas e constará registro em seu assentamento funcional.

Parágrafo único – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o Núcleo Interno de Regulação - NIR por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

CAPÍTULO VI –

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 17 A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência das atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR, a equipe de governança do **HERSO** proporcionará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 18 O Núcleo Interno de Regulação - NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 19 Os membros poderão requerer, a qualquer tempo, que o chefe do setor de regulação e avaliação, chefe da unidade assistencial e coordenador médico solicitem o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas para solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 20 Os casos omissos referentes à matéria do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Diretoria do **HERSO**.

Art. 21. Este regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 22. O regulamento entrará em vigor após a aprovação da Direção do **HERSO**.

Art. 23 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
DO NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com

antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
DO NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)

Atividades/Temas: • quais atribuições do COMITE; • como montar os indicadores; • a importância de trabalhar e monitora os indicadores • como produzir POPs e ROTs • normatizações da NIR • outros...
Revisada: xx/xx/23 | Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

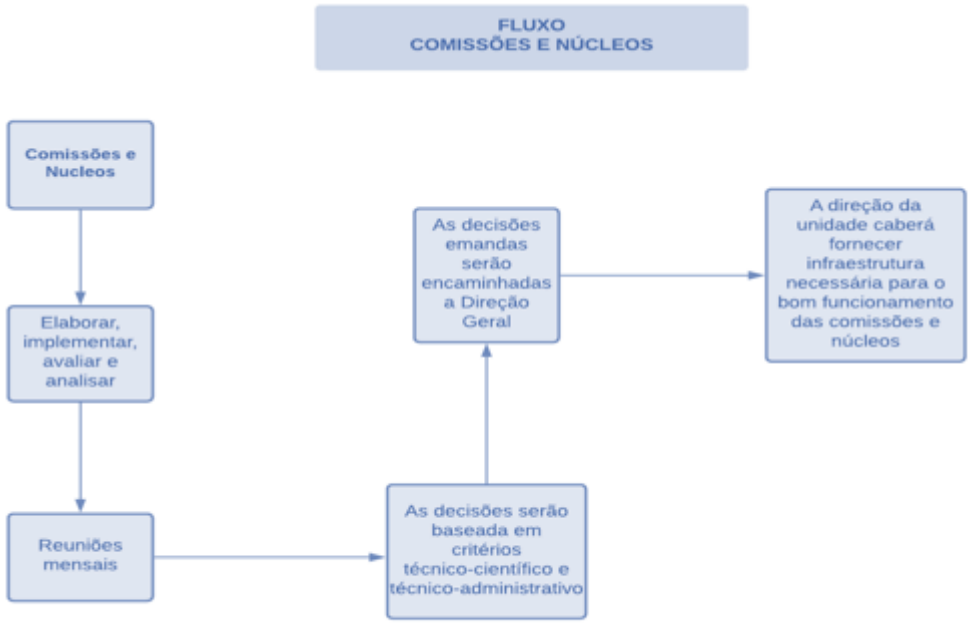


Tabela 9.1.23-1 - Cronograma Anual de Atividade Annual – NIR

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Constituição da Comissão												
Reuniões e Convocações												
Elaboração do Plano de Ação												
Apresentação Proposições Estatísticas												
Notificação de Registros												
Verificar a Instrução dos Procedimentos Estabelecidos												
Acompanhar e Monitorização												
Relatórios Mensais												
Relatórios Anuais e projeção de metas para próximo ano												

9.1.24 Comissão De Acidentes Com Material Biológico -CAMB

DO REGIMENTO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO -CAMB

Reafirmar que não basta criar Comissões, mas oferecer condições de desenvolvimento. Racionalizar ações e estratégias

Na presente Proposta Técnica foi elaborado o Plano de Gerenciamento de Riscos. Dentre os fatores que afetam a segurança dentro do ambiente hospitalar, estão os perigos que envolvem o uso de equipamentos, erro de dosagem e de administração de medicamentos, não acionamento de alarmes nos equipamentos de monitoração e de suporte à vida, ineficiência nos sistemas de segurança elétrica e predial, infecção hospitalar, dentre outros.

A Comissão de Gerenciamento de Riscos, Biossegurança e AMB tem como função identificar riscos, controlá-los e reduzi-los para melhoria da segurança do **HERSO**.

Promover ainda o atendimento aos profissionais que sofram exposição a material biológico com risco de soro conversão (HIV, HBV e HCV), estabelecendo conduta de atendimento inicial, orientação e seguimento dos trabalhadores acidentados, uso de quimio profilaxia e notificação de casos. Além disto, avalia e alguns parâmetros que devem ser considerados pelos serviços de saúde que irão prestar este tipo de atendimento:

I. Avaliar a capacidade de atendimento (ex.: pessoal treinado, exames laboratoriais) da Unidade Básica de Saúde, em cada região, e a retaguarda de atendimento das unidades de atenção secundária (ex.: especialistas em infectologia e/ou hepatites);

II. Estabelecer medidas de avaliação e orientação ao acidentado, orientar as ações imediatas de investigação da fonte (se conhecida) e do próprio acidentado;

III. Oferecer condições de atendimento imediato na profilaxia para vírus da hepatite B e quimioprofilaxia para o vírus da imunodeficiência humana;

IV. Manter o seguimento dos acidentados com risco de soro conversão por, no mínimo, seis meses.

a. Organizar um modelo de atendimento, privilegiando o acolhimento do paciente e a responsabilidade de orientação junto à comunidade e ao ambiente de trabalho;

V. Manter o Sistema de Notificação e Registro permanentemente atualizado no Ministério da Saúde com vistas a permitir ações de vigilância em saúde do trabalhador. Em seguimento, estabeleceram-se fluxos de atendimento ao acidentado e fonte, que remetem para as rotinas apresentadas em protocolos pela Comissão.

Estão os riscos a serem evitados:

I. Gerenciar riscos de infecções hospitalares;

II. Gerenciar a utilização de medicamentos e material hospitalar;

III. Gerenciar a utilização de equipamento médico;

IV. Doença e condição Exposição a material biológico – sangue, fluidos orgânicos.

A Comissão de Gerenciamento de Riscos; Biossegurança e AMB deverá reunir-se mensalmente para definir o tipo de política de gerenciamento e aplicá-la junto aos colaboradores.

ÁREAS DE ATUAÇÃO:

FARMACOVIGILÂNCIA

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamentos, usa de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada, são outras questões relevantes para a Farmacovigilância.

TECNOVIGILÂNCIA

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecnovigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização.

Compete à Tecnovigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso de saúde.

HEMOVIGILÂNCIA

Um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.

 São produtos para a saúde:

- Medicamentos;
- Equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e Artigos descartáveis, implantáveis e de apoio médico-hospitalar;

- Materiais e produtos de diagnóstico de uso in-vitro;
- Sangue e seus componentes;
- Saneantes de uso hospitalar.

A Comissão de Gerenciamento de Risco – CGR do HOSPITAL é de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade assessorar a Direção do Hospital na formulação de políticas nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Risco para o corpo técnico do hospital e estrutura física predial.

Diante da realidade vivida, com a ocorrência de eventos adversos na assistência, é clara a necessidade de melhoria nos processos, com foco na segurança dos pacientes, com resultados que tornam se cada vez mais presentes.

Com este objetivo, o HOSPITAL, deverá implantar o Gerenciamento de Riscos, para minimizar e, se possível, eliminar todo e qualquer impacto negativo aos usuários/pacientes. Atualmente, a forma de trabalho está direcionada para os processos: como ocorrem e quais os erros ou problemas que podem surgir. Assim, podem-se propor soluções antes que eventos aconteçam, melhorando os resultados da assistência e propiciando um ambiente mais seguro para se trabalhar, e principalmente, para estar internado.

As ações vão ao encontro de outras já em andamento e que têm os mesmos objetivos: a busca da qualidade total e o compromisso socioambiental do **HERSO**.

CONSTITUIÇÃO BÁSICA

Para realizar este monitoramento, a Comissão de Gerenciamento de Risco, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, de formar a contar com os seguintes membros:

Coordenador, Farmacêutico, Nutricionista, Representante do Serviço de Higiene e Limpeza, Enfermeiro (a); Representante do Serviço Administrativo; Técnico de Segurança do Trabalho: Engenheiro.

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º. É objetivo desta Comissão:

I. Gerenciar a situações de risco do **HERSO**;

II. Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento do **HERSO**;

III. Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;

IV. Manter o Sistema de Notificação e Registro permanentemente de AMB;

V. Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2º. A Comissão de Gerenciamento de Riscos, Biossegurança e Acidentes com Material Biológico/AMB deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar e administração sendo:

I. Coordenador;

II. Farmacêutico;

III. Nutricionista;

IV. Representante do Serviço de Higiene e Limpeza;

V. Enfermeiro (a);

VI. Representante do Serviço Administrativo;

VII. Técnico de Segurança do Trabalho;

VIII. Engenheiro.

Art. 3º. A Coordenação da Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º. A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança do **HERSO** compete:

I. Informar situações que necessitem de atenção especial;

II. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referencialmente para Avaliação Técnica estrutural do hospital;

III. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção do hospital;

IV. Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;

V. Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;

VI. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;

VII. Elaborar Relatório Anual de Atividades;

VIII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral;

IX. Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos do hospital;

X. Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;

XI. Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;

XII. Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco do hospital;

XIII. Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação do hospital.

CAPÍTULO IV –

DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º. A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança instalar-se-á funcionará com a maioria de seus membros;

Art. 6º. As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;

Art. 7º. As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Art. 8º. Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º. É competência da Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança:

I. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;

II. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;

III. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IV. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

V. Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pelo hospital;

VI. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;

VII. Divulgar aos Serviços via on-line, as alterações realizadas no âmbito hospitalar sempre que ocorrerem;

VIII. Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não conformidade na entrega de materiais;

IX. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10º. A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 11. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Art. 12 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
DA CAMB
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.
- Registro no livro da Comissão.

Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
DA CAMB	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Quais atribuições do COMITE; • Como montar os indicadores; • A importância de trabalhar e monitora os indicadores • Como produzir POPS E ROTS • Normatizações sobre CAMB • Outros...	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

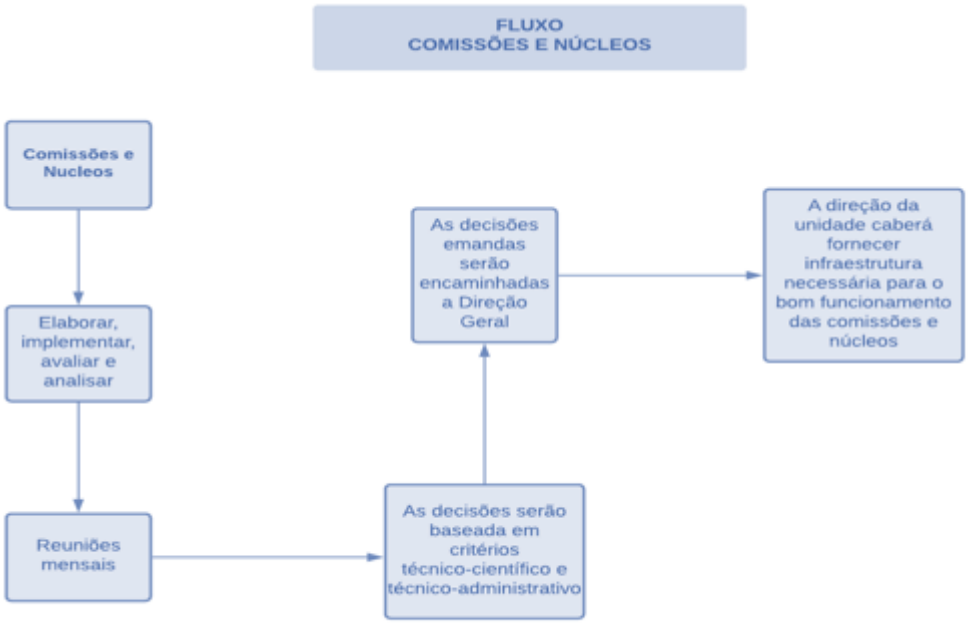


Tabela 9.1.24-1 - Cronograma Anual de Atividade - CAMB

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Formar a Comissão de Acidentes com Materiais Biológicos												
Elaborar a Política e Planejar a implantação da Gestão de Acidentes com Materiais Biológicos												
Identificar, classificar e mapear os riscos Setoriais no Hospital												
Replicação da política e da Comissão no hospital												

Elaboração da Matriz– Identificação e Classificação dos processos												
Elaboração da Matriz– Gerenciamento do processo												
Treinamentos												
Elaboração da Matriz–Plano de ação para o gerenciamento e ações no caso de Acidentes com Materiais Biológicos												
Consolidação das Ações no Hospital												
Aplicação da Pesquisa de Cultura de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele												
Realizar reunião ordinária. Realizar palestras educativas e preventivas												
Elaboração de relatório anual de atividades da comissão; Realizar reunião ordinária.												
Elaboração de relatório mensal de atividades da comissão; Realizar reunião ordinária.												

9.1.25 Comissão de Padronização de Produtos para Saúde

REGIMENTO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CAPITULO I

DAS DISPOSIÇÕES

Art.1º. O presente regimento estabelece a organização e o funcionamento da Comissão de Padronização de Materiais Médico- da unidade de saúde.

Art.2º. A comissão implementará suas atividades com a finalidade de padronizar materiais médicos, e suas especificações técnicas, atendendo as seguintes definições:

I. Produtos para saúde: São aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, ou a fins diagnósticos.

II. Materiais e artigos descartáveis: São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez de forma transitória ou de curto prazo.

III. OPME: são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

    1. Órtese – dispositivo permanente ou transitório utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais.

    2. Prótese – dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Além das órteses e próteses, há numerosos implementos utilizados em procedimentos cirúrgicos conexos ou não à implantação de próteses e diagnósticos que são chamados em conjunto de "materiais especiais" e recebem tratamento semelhante, gerando a sigla OPME (órteses, próteses e materiais especiais).

IV. Materiais de apoio médico: São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.

V. Produtos para diagnóstico de uso "in-vitro": São reagentes, instrumentos e sistemas que, em conjunto com as instruções para seu uso, contribuem para efetuar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semi-quantitativa em uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma; que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados exclusivamente para prover informações sobre amostras coletadas do organismo humano.

VI. Instrumento cirúrgico: Instrumento destinado a uso cirúrgico para cortar, furar, serrar, fresar, raspar, grampear, retirar, pinçar ou realizar qualquer outro procedimento similar, sem conexão com qualquer produto médico ativo.

VII. Produtos de Classe X (Baixa Criticidade): Faltas não acarretam paralisações, nem riscos à segurança do paciente; elevada possibilidade de usar materiais equivalentes. Grande facilidade de obtenção.

VIII. Produtos de Classe Y (Criticidade Média): Faltas podem provocar paradas e colocar em risco as pessoas, o ambiente e o patrimônio da organização. Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.

IX. Produtos de Classe Z (Máxima Criticidade – Imprescindíveis): Faltas podem provocar paradas e colocar em risco a segurança do paciente e a organização. Não podem ser substituídos por outros equivalentes ou seus equivalentes são difíceis de obter.

X. Padronização: É a incorporação de um material à lista de materiais, passíveis de serem comprados para estar disponível para a prescrição, dispensação e utilização na unidade, após sua pré-qualificação.

XI. Pré-qualificação: compreende um processo que inclui a obtenção de uma série de informações e a realização de avaliações legais, técnica e funcional antes da decisão de compra. É uma barreira à entrada de artigos que coloquem em risco a saúde dos pacientes e dos profissionais da unidade de saúde.

XII. Câmara técnica: tem como finalidade a consultoria/assessoramento e emissão de parecer técnico em matéria relacionada a produtos para saúde.

XIII. Produtos padronizados: Insumos de uso contínuo, aprovados na comissão de padronização, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques.

XIV. Produtos não padronizados: Insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. Não se mantem em estoque.

XV. Produtos despadronizados: Insumos excluídos da Lista de Produtos para Saúde Padronizados.

XVI. Controle de qualidade: Refere-se à seleção do material, considerando a primeira avaliação do produto em relação à embalagem, método de esterilização, presença da data de validade no invólucro, data de fabricação, acabamento do material, instrução

de uso e aos fatores inerentes à segurança para realização dos testes nos pacientes. Também visa verificar continuamente se atende às necessidades a que se destina.

XVII. Especificação técnica: É a descrição minuciosa das caraterísticas do material, a saber: nome do produto, uso e aplicação, matéria prima que compõe o produto, dimensões (diâmetro, largura, altura, comprimento), tipo de fechamento (tampa plástica rosqueada, de pressão, de proteção aluminizada, de metal rosqueado ou tampa gotejadora), tipo de apresentação (frasco, bandeja ou rolo), gramatura, densidade, transparência, toxicidade, flexibilidade ou rigidez, pontas, apêndices, adaptabilidade, capacidade, requerimento de sonoridade – alarmes, esterilidade, se é descartável ou não, método de fabricação, acabamento, tipo de embalagem (plástico selado, papel grau cirúrgico selado ou selamento com ambos), se for acessório ou necessitar acessórios (requisitos de compatibilidade), propriedades físico-química, método de esterilização, prazo de validade, lote, material que pode ser reprocessado ou reesterilizado, código e impressão da marca no corpo dos artigos e série, caso aplicável. Instrução de uso em português.

XVIII. Parecer técnico: É uma comunicação escrita sobre as vantagens e desvantagens do material, e se este se encontra de acordo com as especificações e de acordo com a Legislação preconizada pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, ANVISA e Código de defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11/09/90). Isto compreende a apresentação por parte dos Fornecedores dos Registros dos artigos na ANVISA, conforme RDC nº 185/2001 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou documento do cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos não aplicáveis.

XIX. Desvio de qualidade: afastamento dos parâmetros técnicos de qualidade estabelecidos para um produto ou exigidas no processo de registro na ANVISA, ou outras práticas (Ex.: falha do produto durante o uso, defeito de fabricação, funcionamento inadequado, rotulagem incorreta etc).

CAPITULO II

DA CONSTITUIÇÃO

Art.3º. A Comissão é vinculada ao Núcleo de Comissões da unidade e será constituída por membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal.

Art.4º. A COMISSÃO poderá, através de ato administrativo, convocar a participação de outros profissionais da unidade. Estes terão direito a palavra, porém as deliberações serão votadas apenas pelos membros da comissão.

Art.5º. Será substituído o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou seis intercaladas no período de um ano, sendo solicitada novas indicações pelo Núcleo de Comissões da unidade.

CAPÍTULO III

DA FINALIDADE

Art.6º. A COMISSÃO terá como competências as seguintes diretrizes:

- Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;
- Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;
- Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos na unidade;
- Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;
- Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;
- Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;
- Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso da unidade, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;
- Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
- Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;
- Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;
- Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados na unidade;
- Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;

- Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;
- Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados na unidade, para os casos excepcionais;
- Divulgar na unidade as atualizações da padronização;
- Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;
- Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;
- Recomendar a diretoria técnica e administrativa, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial da unidade (nos casos em que ficar evidenciado o aumento nos custos para a unidade);
- Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;
- Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;
- Receber assessoria jurídica da unidade, sempre que necessário, para consultas e orientações;
- Assessorar a governança da unidade em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;
- Assessorar a Gerência de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;
- Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde da unidade;
- Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;
- Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;

- Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;
- Estimular os profissionais a preencherem a "Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde";
- Solicitar a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde a convocação de fornecedor para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado até que a questão se resolva adequadamente;
- Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde na unidade;
- Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades da unidade, através de análise para melhor assistência ao paciente;
- Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;
- Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.
- Trabalhar junto a Comissão de Educação Permanente para desenvolver programas educacionais, de modo a atualizar o conhecimento dos profissionais sobre novos produtos padronizados;
- Propor modificações em seu regimento interno, quando julgar necessário, como também nas situações não previstas ou omissas, para aprimoramento de suas atividades.
- Divulgar cronograma anual para revisão e atualização Lista de Materiais Médico-Hospitalares Padronizados;

CAPITULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art.7º. A COMISSÃO é multidisciplinar e multisetorial, composta por membros efetivos representantes da áreas Administrativa, de Atenção à Saúde, Núcleo de segurança do paciente (NSP) e Comissão de Controle de Infecções relacionadas à assistência à saúde (CCIH).

Art.8º. Todos os integrantes da COMISSÃO deverão assinar um documento de conflito de interesses, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante ou distribuidor de Produtos para Saúde, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

Art.9º. O membro da COMISSÃO deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art.10º. A COMISSÃO é constituída administrativamente por:

- Presidente;
- Vice-presidente;
- Secretário;
- Membros efetivos;
- Consultores técnicos convidados eventualmente.

§ 1º O presidente, o vice-presidente e o secretário da COMISSÃO serão escolhidos entre seus membros.

§ 2º O mandato de cada representante será de dois anos, a contar da data da nomeação, podendo ser prorrogado por igual período.

§ 3º O presidente poderá propor a composição de câmara técnica, que deverá ser formada por membros da comissão e por consultores técnicos convidados. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art.11. Compete a câmara técnica:

- Preencher os critérios técnicos existentes na "Ficha de Parecer Técnico" para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;
- Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;
- Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais: assessorar os profissionais usuários / avaliadores

com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;

- Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

Art.12. A designação dos membros da comissão deverá ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento anual do Termo de Compromisso e Confidencialidade e da Declaração de Conflitos de Interesse.

CAPÍTULO IV

DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

SEÇÃO I

DA PRESIDÊNCIA

Art.13. Compete ao Presidente:

- Convocar e presidir as reuniões mensais e as reuniões extraordinárias da COMISSÃO; assinar todos os documentos oficiais da COMISSÃO;
- Assessorar a diretoria técnica e administrativa, quando solicitado;
- Receber dos fornecedores as amostras dos materiais em processo de compra ou não, e encaminhar as Equipes Técnicas responsáveis pela avaliação do material, conforme protocolo e fluxo estabelecido pela Comissão;
- Distribuir aos consultores técnicos os materiais a serem testados e respectivos formulários conforme orientação dessa Comissão;
- Coordenar e supervisionar o processo de aquisição dos produtos para saúde na etapa de julgamento técnico para escolha dos materiais a serem adquiridos;
- Informar a unidade de compras da unidade as especificações dos produtos para saúde padronizados na instituição, para dar suporte técnico a todos processos licitatórios da unidade;
- Participar da elaboração do edital de licitação prestando suporte técnico a unidade de licitação;
- Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de produtividade para Avaliação Técnica dos insumos da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados; participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados

pela CGRS (levando o caso a Comissão e podendo retirar o produto da lista dos itens padronizados, caso se julguem necessário);

- Solicitar Treinamento aos Colaboradores (e indicar para o setor específico de treinamento do da comissão as novas tecnologias que estão sendo adquiridas para que estes viabilizem junto aos fornecedores a capacitação dos funcionários) com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;
- Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Unidade;
- Encaminhar a listagem de produtos para saúde padronizados para que a mesma seja divulgada no site da unidade e utilizados no Setor de Suprimentos para o processo licitatório;
- Elaborar Relatório Anual de Atividades da COMISSÃO;
- Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pela Unidade.

SEÇÃO II

DA VICE-PRESIDÊNCIA

Art.14. Compete ao Vice-Presidente da COMISSÃO representar e desenvolver as atividades do Presidente, quando este estiver ausente.

SEÇÃO III

DO SECRETÁRIO

Art.15. Compete ao Secretário:

- Receber e ordenar os formulários dos laudos técnicos das análises dos materiais testados oriundos dos consultores e comunicar o recebimento à presidência da Comissão;
- Secretariar as reuniões da Comissão de Padronização de Produtos de Materiais Médico da Unidade e elaborar as respectivas atas - Modelo de Ata;
- Enviar ao Núcleo de Comissões da Unidade as informações referentes as Atas, Nomeações e Documentos para divulgação no Site;
- Digitar, ordenar e arquivar documentos da Comissão seguindo critérios de arquivamento pré-estabelecidos;
- Controlar a entrada e saída de documentos da Comissão;

- Encaminhar e receber documentos através de registro no sistema próprio de protocolo;
- Providenciar a cópia de impressos necessários ao desenvolvimento das atividades da Comissão;
- Elaborar, atualizar e disponibilizar para a presidência, um banco de dados informatizado dos produtos aprovados e/ou reprovados nos testes;
- Desempenhar tarefas afins;
- Encaminhar, no início de cada ano, o calendário anual das reuniões da COMISSÃO para a Núcleo de Comissões da unidade e para os Membros da Comissão;
- Manter o Banco de Dados de materiais e de fornecedores atualizado.

SEÇÃO IV

DOS MEMBROS

Art.16º. Compete aos Membros da COMISSÃO:

- Eleger o presidente, o vice-presidente e o secretário da comissão;
- Receber da presidência as amostras dos materiais em processo de compra ou não, a fim de proceder aos testes pertinentes;
- Encaminhar as amostras dos materiais para teste aos consultores, acompanhadas dos formulários próprios para documentação das análises técnicas;
- Prestar suporte técnico aos consultores, para escolha do produto para o processo de compra em andamento;
- Cabe ao representante técnico (da Comissão) de cada área profissional, coordenar o processo de avaliação dos materiais através de seus consultores;
- No caso de ausência da presidência, vice-presidência e do secretário, atender aos fornecedores para informar acerca das marcas aprovadas e reprovadas nos testes realizados na instituição; desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Presidente.

SEÇÃO V

DAS CÂMARAS TÉCNICAS

Art.17. As Câmaras Técnicas serão compostas por membros da COMISSÃO designados pelo Presidente e por Consultores convidados.

Art.18. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art.19. A Câmara Técnica (quando houver necessidade) compete:

- Preencher os critérios técnicos existentes na "Ficha de Parecer Técnico" para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;
- Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;
- Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais;
- Assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;
- Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

SEÇÃO VI

DAS HABILIDADES DOS INTEGRANTES

Art.20. O profissional que atuará na comissão deverá apresentar habilidades para:

- Tomada de Decisões: o trabalho do profissional deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões mediante análise de critérios como eficácia, eficiência, efetividade, segurança e custo-efetividade do produto analisado;
- Comunicação: o profissional deve ser acessível e deve manter a confidencialidade ética e bioética das informações que lhe forem confiadas na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. Deve, também, promover a gestão do conhecimento referente às ações realizadas pela comissão;
- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o profissional deve estar apto a assumir posições de liderança sob o enfoque da proteção da saúde e dos interesses públicos, envolvendo compromisso, responsabilidade e implicação ética para apoiar a tomada de decisões e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

- Administração e Gerenciamento: o profissional deve estar apto a tomar iniciativas, estabelecer apreciações, apresentar proposições e construir estratégias de acompanhamento e coordenação no âmbito das ações da comissão.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Art.21. A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões ser registradas em forma de ata com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas, que após lida e achada conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivado toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

Art.22. As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos.

Art.23. As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envio ao NATS (quando houver) para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o "quórum" presente de metade mais um de seus membros.

Art.24. Só ocorrerá a reunião da COMISSÃO com a presença da maioria de seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão, antes da votação. Membros consultivos não terão direito a voto. Nenhum membro da comissão presente poderá escusar-se de votar. Em caso de empate a decisão será dada pelo voto da Presidência.

Art.25. O quórum será apurado no início de cada reunião pela contagem das assinaturas dos membros em lista de presença. Não havendo quórum, o presidente declarará a impossibilidade de efetuar a reunião, o que constará em Ata, registrando-se os nomes de todos os membros ausentes para os efeitos do disposto neste Regimento.

Art.26. Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente, ou no máximo em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes, que caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.

Art.27. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

Art.28. Os membros poderão ser substituídos, a qualquer tempo, mediante ato formal motivado por iniciativa própria, através de requerimento escrito com justificativa.

Art.29. Compete ao presidente estabelecer a ordem do dia da reunião. Na impossibilidade do presidente e do vice-presidente estarem em reunião ordinária, a mesma será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

Art.30. As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

Art.31. Caso as recomendações e pareceres da COMISSÃO não sejam aceitas para a homologação final da Diretoria técnica e administrativa, o Presidente deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art.32. Enquanto pertencer à COMISSÃO, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias de produtos para saúde.

Art.33. O encaminhamento das reuniões da COMISSÃO obedecerá a seguinte rotina:

Art.34. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida de assinatura;

Art.35. Revisão das demandas pendentes;

Art.36. Deliberação dos itens da pauta, e votação quando for o caso;

Art.37. Sugestão de pauta da próxima reunião.

Art.38. A pauta da reunião deverá ser pré-definida com clareza dos temas;

Art.39. O expediente deverá conter a natureza da reunião, dia, hora e local de sua realização, nome de quem a presidiu e dos membros presentes e seus cargos;

Art.40. O resumo da discussão da ordem-do-dia e os resultados da votação (e o registro das decisões tomadas, a motivação que levou algumas ideias a serem abandonadas, evitando que a mesma discussão ocorra outras vezes);

Art.41. Encaminhamentos: onde são registrados os prazos para execução de tarefas e é estabelecido o dia, horário, local e participantes da próxima reunião.

Art.42. A ata deve ser um documento sucinto, de fácil leitura e identificação (em especial) das decisões tomadas.

CAPÍTULO VI

DA PADRONIZAÇÃO DOS ITENS

Art.43. A seleção de produtos para padronização levará em conta a avaliação da efetividade, da segurança, de sua inserção em protocolos ou rotinas assistenciais e sua relação de custo-efetividade durante o uso.

§ 1º A inclusão de itens na Padronização exigirá a visão completa dos programas assistenciais, tanto no que se refere à compatibilidade entre os diversos produtos, quanto ao suporte e ao seu impacto inerente, por exemplo, quando se tratar de inclusão de uma tecnologia que necessitará uso de outros artigos e processos de esterilização, será obrigatória uma justificativa plena para a aquisição, impacto sobre a saúde e agilização do trabalho.

§ 2º Qualquer alteração que gerar aumento de custo orçamentário (O custo efetividade do uso, proposto em procedimentos frente aos recursos disponíveis, justifica a alteração na padronização) deverá ser encaminhado para aprovação do comissões e diretorias técnica e administrativa.

Art.44. Determinar a qualidade dos produtos médicos que são disponibilizados para os profissionais, com impacto direto na qualidade da assistência ao paciente;

Art.45. Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;

Art.46. Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;

Art.47. Permitir a compra em grandes lotes;

Art.48. Otimizar o trabalho do Setor de Suprimentos e Unidade de Compras;

Art.49. Diminuir os custos de estocagem reduzindo a quantidade de itens estocados;

Art.50. Adquirir materiais com maior rapidez;

Art.51. Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;

Art.52. Obter maior qualidade e uniformidade.

§ 1º Os critérios de seleção de Produtos para Saúde (inclusão e exclusão) para a lista dos padronizados, serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo que quaisquer modificações deverão ser documentadas e oficializadas.

§ 2º Membros da equipe assistencial (Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas e demais profissionais da saúde) terão a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de produtos na padronização, sempre que julgarem necessário. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde" § 3º A solicitação de inclusão ou exclusão de produtos na padronização será analisada pela COMISSÃO que emitirá parecer favorável ou não à inclusão ou exclusão do produto na lista de padronizados, com o preenchimento do Formulário "Análise e Parecer Técnico de inclusão/exclusão”

Art.53 A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.54. Os produtos a serem licitados deverão seguir as especificações padronizadas.

- Os produtos reprovados, somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelo fabricante de modo a atender as especificações da instituição.
- É vedado à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados na unidade.
- Só poderão participar do processo de licitação os produtos aprovados pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde da unidade.
- Os produtos a serem incluídos, excluídos ou alterados deverão ser encaminhados para Comissão, para apreciação, através do Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde".

Art.54. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte:

- Por motivo de alterações em Legislação nos âmbitos Federal, Estadual ou Municipal, referentes à aquisição de materiais e equipamentos médico-hospitalares;
- Por proposição da Diretoria técnica e administrativa da unidade;
- Por iniciativa da COMISSÃO, com acordo da maioria dos integrantes da Comissão, após registro em ata, visando benefícios para os profissionais, para os pacientes e para a empresa.

Art.55. Os casos não citados neste Regimento referentes à padronização serão decididos pela COMISSÃO.

Art.56. Este Regimento entrará em vigor após aprovação dos Membros da COMISSÃO e posteriormente pelo Setor Jurídico e Diretoria técnica e administrativa, revogadas as disposições em contrário.

Santa Helena de Goiás, de 2023

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAUDE
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.

• Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Agosto: xx//01/23 Setembro: xx//09/23 Outubro xx//01/23 Novembro: xx//11/23 Dezembro: xx//01/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAUDE	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Quais são os produtos hospitalares? • O que é utensílios hospitalares? • O que vende em cirúrgica? • Onde comprar produtos hospitalares • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

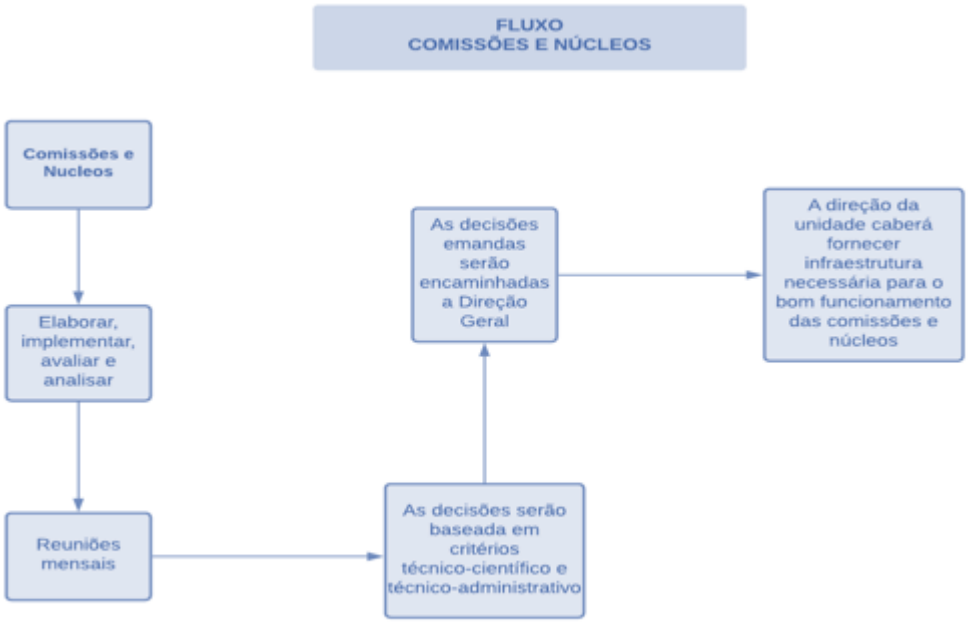


Tabela 9.1.25-1 - Cronograma Anual de Atividade - Padronização de Produtos para Saúde

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão de Padronização de Produtos para Saúde Nomear oficialmente os membros da Comissão. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.												

Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde Realizar reunião ordinária.		■										
Redigir os formulários de Padronização de Produtos para Saúde Redigir o formulário de padronização de materiais e equipamentos; Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados; Avaliar a exclusão de produtos da padronização. Realizar reunião ordinária.			■	■	■							
Divulgar informações sobre a Padronização de Produtos para Saúde Estabelecer normas para a utilização de produtos de uso restrito e não padronizados. Realizar reunião ordinária.				■	■	■						
Avaliar e analisar as solicitações de produtos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Divulgação da lista de produtos padronizados para 20% das áreas específicas.					■	■	■	■				

Avaliar e analisar as solicitações de produtos não padronizados; Elaboração de relatório mensal das Padronização de Produtos para Saúde; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de produtos padronizados para 30% das áreas específicas.										
Avaliar e analisar as solicitações de produtos não padronizados; Elaboração de relatório mensal das Padronização de Produtos para Saúde; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de produtos padronizados para 50% das áreas específicas.										
Avaliar e analisar as solicitações de produtos não padronizados; Elaboração de relatório mensal das Padronização de Produtos para Saúde; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de produtos padronizados para 70% das áreas específicas.										
Realizar reunião ordinária. Realizar palestras educativas. Elaboração de relatório mensal										

de atividades da comissão;

9.1.26 Comissão de Farmácia e Terapêutica

REGIMENTO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CAPITULO I

DO OBJETIVO

Art. 1º. Garantir a aquisição e uso de insumos médico-hospitalares equipamentos e outros, dentro de padrões técnicos operacionais adequados, visando sua manutenção, melhoria da qualidade e produtividade da assistência à saúde na Unidade.

Art. 2º. Ser responsável pelo desenvolvimento e supervisão das políticas e práticas de utilização de medicamentos, produtos químicos, germicidas e correlatos na Unidade, objetivando assegurar resultados clínicos satisfatórios e risco potencial mínimo (uso seguro e racional de medicamentos).

CAPITULO II

DA FUNÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Art.3º. Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados na Unidade;

Art.5º. Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;

Art.6º. Orientar e acompanhar o uso dos insumos médicos - hospitalares nas Unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;

Art.7º. Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicos - operacionais dos insumos de baixa qualidade;

Art.8º. Manter conhecimento atualizado referente aos materiais médicos - hospitalares comercializados no país e aprovados pela ANVISA, através do atendimento aos fornecedores e representantes dos diversos insumos, de comparecimento em congressos, simpósios e visitas de avaliação à fabricas, dentre outros;

Art.9º. Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares

Art.10º. Promover estudos de custo efetividade de medicamentos e insumos hospitalares;

Art.11.Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos;

Art.12. Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

Art.13. Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

Art.14. Propor política de prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

Art.15. Informar o Setor de Compras, através da ficha queixa técnica, quaisquer não conformidade apresentada pelos medicamentos, materiais hospitalares e equipamentos;

Art.16. Gerenciar e controlar as notificações e eventos adversos decorrentes do uso de quaisquer, medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

Art.17.Os eventos adversos que ocorrem durante a utilização dos medicamentos e alguns correlatos de aplicação direta ao paciente deverão ser notificados diretamente à ANVISA, por site próprio;

Art.18. Interagir com a Comissão de Padronização e Setor de Compras, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados.

CAPITULO III

RESPONSABILIDADE DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO

Art.19. Enviar parecer técnico dos produtos e materiais médico-hospitalares ao Setor de Compras;

Art.20. Realizar especificação dos produtos, quando se fizer necessário;

Art.21. Inserir insumos médico hospitalares e equipamentos aprovados nos testes/avaliações na lista de padronização cadastrados;

Art.22. Divulgar e disponibilizar a lista de insumos médico hospitalares.

CAPITULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art.23. A comissão de padronização é composta por profissionais da equipe multidisciplinar, com a seguinte representação:

- Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- Representante da Diretoria Administrativa;

- Representante da Farmácia;
- Representante da Diretoria Técnica;
- Representante de Almoxarifado;
- Representante da Manutenção;
- Representante de Enfermagem;
- Representante de Laboratório.

CAPITULO V

DAS ATRIBUIÇÕES DO PRESIDENTE

Art.24. São atribuições específicas do presidente da Comissão de Padronização:

- Convocar e presidir as reuniões;
- Estabelecer as pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Dirigir os trabalhos da Comissão;
- Representar a Comissão perante a Diretoria Geral;
- Subscrever os documentos e resoluções da Comissão;
- Distribuir tarefas para os membros da Comissão de Padronização;
- Receber representantes e fornecedores em dias e horários pré-estabelecidos, procurando obter e registrar as principais informações referentes a cada um dos produtos a serem avaliados ou a serem padronizados;
- Receber parecer técnico dos produtos avaliados e encaminhar a comissão para avaliar.

CAPITULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DO VICE PRESIDENTE

Art. 25. Assumir todas as atribuições do presidente nos casos de ausência.

CAPITULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS E FARMACEUTICOS DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO

Art. 26. Visitar conforme necessidade às Unidades e os serviços com objetivo de:

- Conhecer todos os materiais médico-hospitalares em uso na Instituição;
- Conhecer a função e/ou funcionamento de cada um dos materiais médico-hospitalares em uso;

- Definir padrões técnicos de qualidade junto ao usuário;
- Treinar o pessoal quanto ao uso e avaliação dos artigos médico-hospitalares.

CAPITULO IX

DAS ATRIBUIÇÕES DOS DEMAIS MEMBROS

Art.27. Comparecer e participar efetivamente das reuniões ordinárias e extraordinárias;

Art.28. Colaborar com o trabalho de padronização dos materiais médico-hospitalares em todas as etapas;

Art.29. Divulgar o trabalho da Comissão;

Art.30. Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios de inadequações técnico - operacionais dos insumos médico-hospitalares de baixa qualidade;

Art.31. Colaborar na resolução de problemas e participar de ocorrências relacionadas com qualidade dos produtos médicos - hospitalares utilizados na Instituição;

Art.32. Receber representantes e fornecedores, na ausência do presidente da Comissão, procurando obter e registrar as principais informações referentes aos novos produtos e aos já padronizados;

Art.33. Conhecer os produtos em uso na Unidade, que sejam pertinentes à sua área de atuação.

CAPITULO X

DAS ATRIBUIÇÕES DA SECRETARIA

Art. 34. Lavrar as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias;

Art.35. Convocar os membros para as reuniões ordinárias e extraordinárias de acordo com o cronograma;

Art.36. Cumprir com as atribuições dos demais membros.

CAPITULO XI

DAS REUNIÕES

Art. 37. Serão realizadas trimestralmente de acordo com o cronograma preestabelecido anualmente;

Art. 38. As reuniões extraordinárias e/ou caráter emergencial poderão ser convocadas pelo presidente ou, em sua falta, por qualquer membro.

CAPÍTULO X

DA GESTÃO

Art.39. A Comissão tem gestão por tempo indeterminado, devendo ficar a cargo da Diretoria Geral a indicação de nova presidência e de seus membros, quando assim julgar necessário.

CAPÍTULO XII

DOS INDICADORES

Art. 40. Número de queixas técnicas de medicamentos.

→ Fórmula: Número de queixas técnicas de medicamentos/ mês

Art.41. Número de queixas técnicas de materiais hospitalares.

→ Fórmula: Número de queixas técnicas de materiais hospitalares/ mês

Art.42. Número de queixas técnicas de equipamento/materiais.

→ Fórmula: Número de queixas técnicas de equipamentos/ mês

CAPÍTULO XIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 43. Os casos omissos neste Regimento serão discutidos e resolvidos pelos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Artigo 45. Este regimento entrará em vigor após sua aprovação pelos membros da comissão e Direção Administrativa da Unidade.

Santa Helena de Goiás , / / 2023

_____

Diretor Técnico da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
REGIMENTO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Com Unidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.
- Registro no livro da Comissão.

7. Cronograma de encontros:

   Janeiro dia: xx//01/23

   abril: xx//03/23

   Julho: xx//07/23

   Outubro: xx//09/23

Dezembro: xx//11/23	
Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
REGIMENTO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)

Atividades/Temas:

- Avaliação de produtos lácteos.
- Avaliação da assistência farmacêutica (da sua cidade)
- Análise do perfil de segurança de medicamentos fitoterápicos.
- Vacinação contra a gripe.
- Vacinação contra febre amarela.
- Insulina rápida no tratamento de diabetes.
- Plantas medicinais no tratamento de gastrite.
- Plantas medicinais para tratar depressão
- Plantas medicinais para tratar sinusite
- Os remédios genéricos no mercado farmacêutico
- Perigos dos remédios para emagrecer
- Tratamento medicamentoso de esclerose múltipla
- Tratamento homeopático pelo SUS
- Prescrições de medicamentos
- Uso de antidepressivos entre adolescentes
- Benefícios e riscos do uso de suplementos

- Vacinação em farmácias e drogarias
- Controle de qualidade de medicamentos manipulados
- Remédio a base de maconha no Brasil
- Medicamentos antroposóficos
- Pílula do câncer
- Fármacos para o tratamento de alcoolismo
- A Cosmecêutica na Farmácia de Manipulação
- Uso dos florais de bach em tratamentos
- Simplificação da bula
- Tratamento da dengue
- Prescrição farmacêutica
- Tratamento de dependentes de drogas
- Novas possibilidades de tratamento para Psoríase
- Tratamentos de Doença de Alzheimer
- Aplicações terapêuticas dos alucinógenos
- Novas possibilidades terapêuticas para Esquizofrenia
- Tratamentos de Fibromialgia
- Novas drogas sintéticas
- Intoxicações por medicamentos
- Uso de medicamentos por idosos
- Suplementos termogênicos
- Contribuição das plantas medicinais para tratar alergias
- Assistência farmacêutica em casos de HIV
- Tratamento do câncer de mama
- Evolução no tratamento da asma
- Programa de Farmácia Popular
- Assistência farmacêutica na saúde pública

- Avaliação do serviço de farmácia no hospital
- Efeitos crônicos do crack
- Proibição de aditivos em cigarros
- Uso de Ritalina para melhoramento acadêmico
- Abordagem do paciente com hipertensão
- Carreira de farmacêutico clínico
- Efeito de medicamentos imunossupressores
- Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos
- Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).

Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Do Fluxo

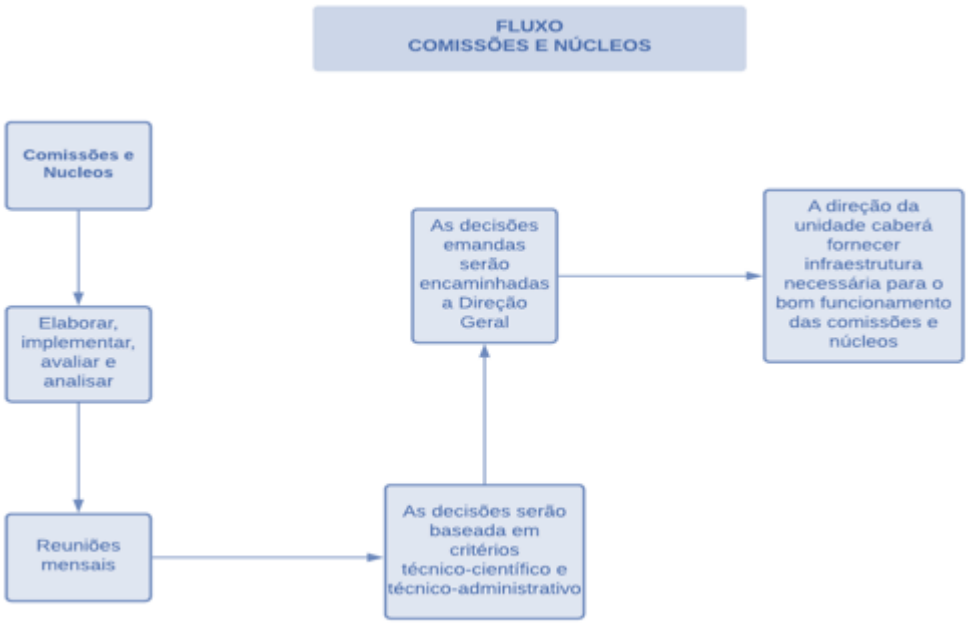


Tabela 9.1.26-1 - Cronograma Anual de Atividade CFT

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. Nomear oficialmente os membros da Comissão. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.												
Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. Realizar reunião ordinária.												
Redigir o formulário de padronização de medicamentos; Redigir o formulário de padronização de materiais e equipamentos; Selecionar os medicamentos para uso da unidade; Avaliar a necessidade de emprego de novos												

medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa; Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados; Avaliar a exclusão de medicações da padronização. Realizar Reunião Ordinária.												
Divulgar informações sobre o uso de medicamentos; Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos, materiais e equipamentos; Estabelecer normas para a utilização de medicamentos de uso restrito e não padronizados. Realizar Reunião Ordinária.												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório												

mensal; Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 20% das áreas específicas.												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 30% das áreas específicas.												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 40% das áreas específicas.												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal;												

Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 60% das áreas específicas.											
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 80% das áreas específicas.											
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 100% das áreas específicas. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados.											

Realizar reunião ordinária. Realizar palestras educativas. Elaboração de relatório anual de atividades da comissão;											

9.1.27 Comitê de Compliance

DO REGIMENTO DO COMITE DE COMPLIANCE

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º O conceito de Compliance passou a ser usado para definir o setor das empresas que é responsável por zelar pelo cumprimento de normas, tanto internas (como regulamentos) quanto externas (leis). Ou seja, tornou-se o principal meio de regular as ações dos colaboradores, evitando fraudes, atos de corrupção, desvios de conduta e outros problemas que pudessem trazer consequências negativas para toda a organização.

Art. 2º Com o fortalecimento do compliance nas organizações, governamentais e privadas, surgiu a necessidade de se criar órgãos específicos para analisar os casos antiéticos. Assim, foram organizadas as comissões de ética, que são um grupo de pessoas escolhido para dar pareceres e julgar possíveis violações às normas as quais a empresa se sujeita.

Art. 3º Uma comissão pode ser formada pelos próprios colaboradores e por membros da diretoria, de acordo com as necessidades da empresa e a disponibilidade das pessoas. Também pode ter diferentes atribuições, conforme o que se aplica para cada instituição.

Art.4º Só a enorme quantidade de escândalos de corrupção envolvendo empresários e funcionários de empresas já seria suficiente para justificar a existência de comissão de ética e compliance dentro de uma organização.

De fato, com a criação da Lei Anticorrupção, a temática se tornou urgente no meio corporativo.

Art. 5º Os setores são responsáveis por evitar diversos problemas para as empresas, como casos de assédio ou fraude, e não apenas os casos de corrupção. Eles são fundamentais para assegurar a integridade delas, identificando e prevenindo contra todo tipo de risco.

Art.6º Não se trata apenas de estar em conformidade. Ter uma comissão de ética e compliance é uma maneira de aumentar a credibilidade dos seus produtos ou serviços, de modo que consumidores, concorrentes e parceiros acreditem no seu compromisso com a qualidade e a integridade.

Art.7º Afinal, é fato reconhecido que as pessoas negociam bem mais com organizações que prezam pela transparência e têm uma boa reputação.

Art.8º A excelência nos negócios está relacionada com a imagem, com a capacidade de prezar pela transparência e têm uma boa reputação. Importante destacar que todas as empresas podem e devem investir em compliance.

Art. 9º No entanto, algumas organizações estão mais susceptíveis a riscos e, por isso, para elas, ter um órgão específico como este torna-se ainda mais importante. É o caso de instituições financeiras, contábeis e jurídicas, de grande porte, por exemplo. Ainda podemos citar as empresas cuja atividade pode afetar o meio ambiente ou atender a legislações mais rigorosas, como as metalúrgicas, siderúrgicas e outras indústrias. Citara inda entidades que trabalham com dinheiro público.

Art. 10º a própria lei anticorrupção foi criada para regulamentar as empresas que negociam com a administração pública. Ou seja, qualquer organização que ofereça serviços e produtos ao governo (federal, estadual, distrital ou municipal), também devem ter uma preocupação maior.

Art. 11 A primeira coisa a se fazer é ter profissionais especializados em Compliance dentro da sua empresa. Podem ser feitas contratações ou até optar-se por colaboradores que desejarem mudar de carreira e investir na área. O importante é que eles busquem educação especializada e estejam prontos para enfrentar os desafios reais.

Art. 12 Os profissionais de compliance vão liderar uma análise dos riscos de conformidade a que a empresa está sujeita. Isso vai depender bastante do setor, do tamanho e da própria estrutura e organização do negócio.

Art. 13 Além de toda a legislação específica sobre fraudes e outros riscos, é fundamental adotar um código de conduta própria, para orientar as ações dos colaboradores. Esse documento tem caráter normativo e pode prever punições, ao estabelecer os valores, as regras e os resultados para quem os descumprir.

Art. 14 Os profissionais de compliance devem fazer parte da comissão, mas é importante que ela também conte com colaboradores de diversos setores e níveis hierárquicos, especialmente da alta administração. Quanto mais representativa ela for, mais se garante a isenção e o respeito aos interesses de todos.

Art. 15 A empresa precisa dispor, ainda, de uma boa estrutura de comunicação. Devem ser criados canais específicos para comunicação e denúncias, que possam orientar os profissionais sobre as normas internas e a forma adequada de se agir.

Art. 16 Neste contexto apresentado seria mais adequado primeiro, a Organização Social ao assumir o do **HERSO** antes ainda de montar uma Comissão, ter profissionais especializados e identificar todo tipo de risco.

Art. 17 A OS possui um Programa de Integridade e pretende consolidar o programa no do **HERSO** e montar o Comitê, no segundo mês de gestão, pactuado no do **HERSO** e SES/GO.

CAPÍTULO II

PROGRAMA DE INTEGRIDADE

Art. 18 O Programa de Integridade do **HERSO** tem como principal finalidade consolidar, proporcionar e incentivar o compartilhamento de valores que conduzem às condutas éticas, íntegras e transparentes em todas as ações e relações institucionais.

Art. 19. Por reconhecer a importância da integridade e da boa governança, a OS tem empreendido esforços de maneira consistente e contínua no projeto de construção de uma cultura mais íntegra na instituição e no desenvolvimento de projetos.

Art. 20 Quando há um debate sobre em qual Brasil o brasileiro quer viver, não há dúvidas que todos convergem para a necessidade de comportamentos e relações pautados pela ética.

Art. 21 Nesse cenário, é fundamental um esforço coordenado e articulado do poder público e dos parceiros da sociedade civil organizada, para que resultados efetivos possam ser alcançados.

Art. 22 O Termo compliance, derivado verbo em inglês "tocomply", significa "cumprir/agir de acordo com as regras". O compliance, ainda hoje, pode estar associado com atividades que buscam garantir que a empresa cumpra diversas exigências regulatórias: legislação, normas de certificação (como a ISO), padrões contábeis, obrigações fiscais, responsabilidade ambiental e tantas outras.

Art. 23 Partindo pressuposto de que obedecer às regras já é "obrigação" das empresas e dos indivíduos, em sua política de integridade afirma que o compliance vai além da adequação as normas e pode trazer grandes benefícios para a organização.

Art. 24 O contexto é de fortalecimento da cultura de integridade. Está sendo constatado que a cultura ética agrega valor a instituição, ou seja, a cultura de ética e integridade gera valor para os envolvidos com a empresa. Isso implica em crescimento com solidez e eficiência para o alcance dos objetivos estratégicos, trazendo outras consequências, como o fortalecimento da

institucional, aumento do valor reputacional, economia de recursos, aumento de qualidade e outros ganhos.

Art. 25 Numa época de incertezas e crise de confiança, manter a credibilidade de uma empresa é um desafio. A boa reputação se tornou um ativo precioso para as organizações, ao passo que a falta de ética é um passivo nocivo.

Art. 26 A cultura de integridade em uma instituição traz valores compartilhados e almejados em nossa sociedade: ética, honestidade, transparência, confiança, eficiência e outros. O fortalecimento de uma cultura de integridade tem impactos positivos capazes de surtirem efeitos contínuos e multiplicadores, alcançando além da própria empresa, parceiros, fornecedores e a sociedade.

Art. 27 Valorizar a integridade também gera responsabilidade social, fazendo com que as relações da empresa com todos os públicos se tornem mais éticas e transparentes, no sentido de responsabilizar-se pelos eventuais impactos causados à sociedade, por desvios de conduta. Todo esse contexto tem, como foco principal, a perenidade sustentável do negócio, num ambiente em que as decisões são tomadas de forma consciente e responsável, tendo como padrão, a conduta íntegra.

Art. 28 Seja no fortalecimento de uma cultura ética e íntegra, na prevenção, detecção e mitigação de desvios e riscos éticos e legais, na responsabilização ou no atendimento a normas e leis, o Programa de Integridade da OS pode colaborar para o alcance dos objetivos do projeto que será executado referente ao CHAMAMENTO PÚBLICO -SES/GO.

Art. 29 Ao promover a incorporação das ações de integridade na cultura da organização, possibilita-se que isso se torne um valor compartilhado e reconhecido pelos atores do projeto: gestores e colaboradores.

Art. 30 Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS

DO COMITE DE COMPLIANCE
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comitê.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23

Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23
Revisada:xx/xx/23 | Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
DO COMITE DE COMPLIANCE
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • quais atribuições do COMITE; • como montar os indicadores; • a importância de trabalhar e monitora os indicadores • como produzir POPs e ROTs • normatizações sobre COMPLIANCE • outros...
Revisada: xx/xx/23 | Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

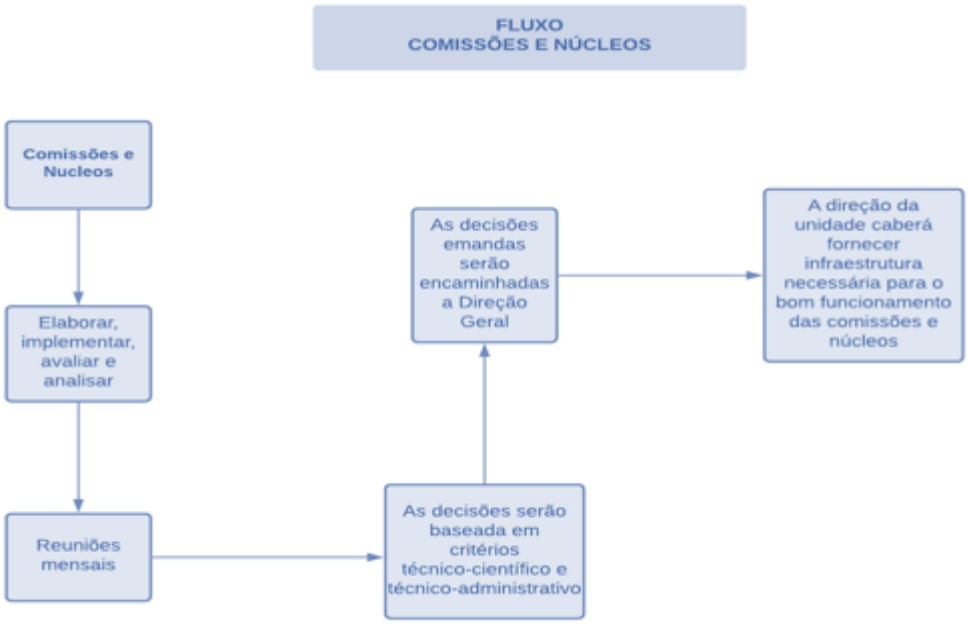


Tabela 9.1.27-1 - Cronograma Anual de Atividade Anual – Comissão de Compilance

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Expor a proposta e propor a inclusão do projeto de Compliance do **HERSO**												
Realizar rodas de conversa com todos os envolvidos no projeto de Compliance												

Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. Reunião com profissionais da Equipe Multiprofissional para apresentação das finalidades e objetivos do Compliance										
Realizar atividades de Compliance por setor de acordo com a necessidade dos mesmos										
Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência										
Realizar campanhas educativas no do **HERSO** direcionadas a trabalhadores e usuários										

Avaliar os resultados do projeto durante o ano											

9.1.28 OUTRAS COMISSÕES

9.1.28.1Comissão Intra-Hospitalar De Hemoterapia

DO REGIMENTO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE HEMOTERAPIA

DESCRIÇÃO DA FINALIDADE

Integrar e articular todos os departamentos do hospital no que concerne ao uso e manipulação de sangue e seus derivados e coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue bem como investigação e auditorias pertinentes, com os seguintes objetivos:

I. Monitorar atividades hemoterápicas do **HERSO** conforme dispositivos legais;

II. Promover integração entre Hemoterapia, demais setores e profissionais;

III. Educar as equipes e profissionais para o bom andamento do serviço;

IV. Proporcionar segurança ao paciente e às equipes;

V. Produzir, disponibilizar e distribuir todas as informações necessárias sobre Hemoterapia.

A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Clínico Médico Hematologista, Médico Intensivista, Médico da Clínica Cirúrgica e Enfermeiro.

CAPÍTULO I

CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, do **HERSO** é de natureza técnica científica permanente.

Art. 2° - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados no hospital, bem como investigação e auditorias pertinentes.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO

Art. 3° - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia terá composição multidisciplinar e multiprofissional. Abrangerá médicos que representem áreas nas quais a indicação de hemocomponentes e hemoderivados seja rotineira.

Parágrafo Único - As indicações deverão recair em profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemoderivados.

Art. 4º - As indicações para integrar a Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia serão submetidas ao Diretor Clínico e se processarão da seguinte forma:

I. 2 (um) Representantes da área de Hematologia e Hemoterapia;

II. 1 (um) Representante da Comissão Ética de Enfermagem;

III. 1 (um) Representante da Comissão Ética de Médica;

IV. 1 (um) Representante da OS

Art. 5º - O Presidente será um dos representantes da área de Hematologia e Hemoterapia do **HERSO**.

Art. 6º - O vice-presidente será eleito pelos membros da Comissão.

Art. 7º - O Diretor Clínico avaliará as indicações efetuadas dos membros que comporão a Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia e promoverá às designações destes.

Parágrafo Único - As designações serão referendadas pelo Conselho Deliberativo.

Art. 8º - O Diretor Clínico, por indicação da Comissão, poderá promover a substituição dos integrantes da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia.

Art. 9º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três (03) reuniões consecutivas ou seis (06) intercaladas no período de um ano.

Art. 10º - As funções dos membros da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para o Hospital.

Art. 11 - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia convidará pessoas físicas ou jurídicas assim como entidades de direito público ou privado que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 12 - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, a Diretoria Clínica, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

SEÇÃO II

FUNCIONAMENTO

Art. 13 - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

§ 1º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o quórum em cada sessão antes de cada votação.

§ 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

§ 3º - As deliberações tomadas ad referendum deverá ser encaminhadas ao Plenário da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 4º - As deliberações da Comissão de Hemoterapia serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Clínico.

§ 5º - É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 6º - A votação será nominal.

Art. 14 - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Parágrafo Único - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, para execução de suas atividades poderão instalar Subcomissões de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional.

Art. 15 - Os expedientes sujeitos à análise da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia serão encaminhados ao Serviço de Apoio Administrativo da Diretoria Clínica.

Parágrafo Único - Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela Secretária, por indicação do Presidente da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia ou por membro designado.

Art. 16 - A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Art. 17 - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a Secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

Art. 18 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás , de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
DO COMISSÃO DE HEMOTERAPIA
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria

em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
DO COMISSÃO DE HEMOTERAPIA
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • quais atribuições do COMITE;

• como montar os indicadores; • a importância de trabalhar e monitora os indicadores • como produzir POPs e ROTs • normatizações sobre HEMOTERAPIA • outros...
Revisada: xx/xx/23 — Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

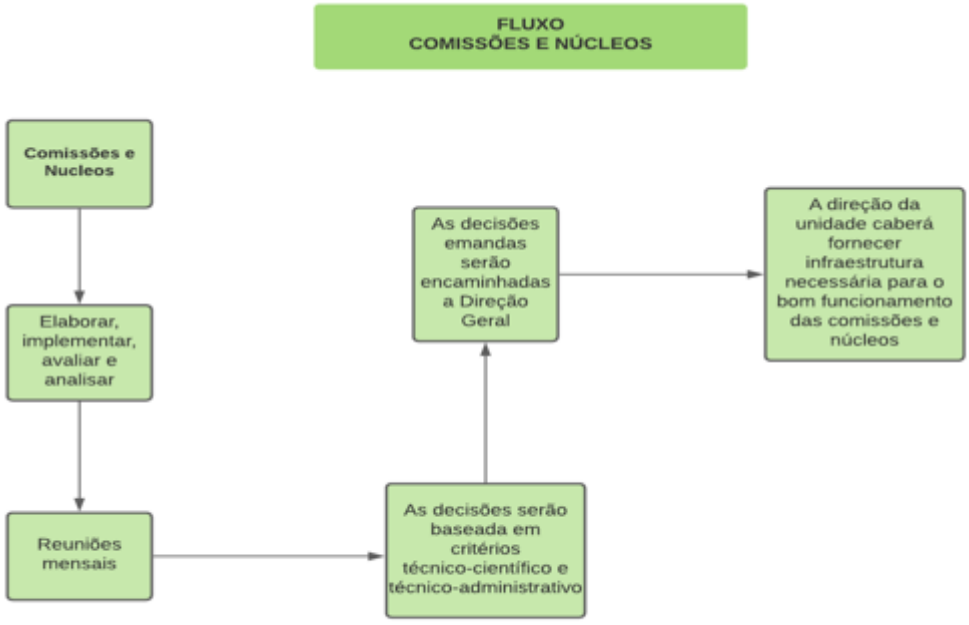


Tabela 9.1.28-1 - Cronograma Anual de Atividade comissão de hemoterapia

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Eleição dos membros												
Integrar a Comissão												

junto à comunidade hospitalar.											
Aprovar e Analisar Regimento Interno da Comissão Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados.											
Normatizar Revisão de Prontuários instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários											
Fiscalizar, o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos.											
Desenvolver atividades de caráter técnico-científico.											
Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade.											
Reuniões mensais											

Entrega de relatórios anuais.											

9.1.28.2Comissão Regional De Sistemas De Informação Do Câncer (CR SINC)

DO REGIMENTO DA COMISSAO REGIONAL DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CANCER – CR-SINC)

DA CONSTITUIÇÃO

O Diretor Geral do (**HERSO**) deverá instituir e regulamentar o funcionamento da Comissão Regional de Sistemas e Informação do Câncer no Hospital. Neste sentido:

- Considerando a Portaria nº 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2014, que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e estabelece a obrigatoriedade de implantação do Sistema de Informação do Câncer – SISCAN nas unidades de alta complexidade em oncologia no SUS habilitadas em assistência oncológica.
- Considerando a Lei nº 12.732/12, que estabelece o primeiro tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde - SUS deve se iniciar no prazo máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo patológico ou em prazo menor conforme necessidade terapêutica do caso registrada no prontuário do paciente.
- Considerando a Portaria nº 3.394/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que institui o Sistema de Informação de Câncer – SISCAN no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
- Considerando o desenvolvimento de um Plano Oncológico e a necessidade de se dispor de informações sobre a incidência de câncer e atenção hospitalar ao paciente com câncer; resolve instituir a Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer.

A Comissão terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Clínico Médico Oncologia, Médico Intensivista, Médico da Clínica Cirúrgica e Enfermeiro.

DA FINALIDADE

Art. 1° Instituir, no âmbito do (**HERSO**), articulado e pactuado com a SES/GO, a Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer, que terá por finalidade a alimentação do Sistema Nacional de Informação de Câncer – SISCAN.

Art. 2º Compreende-se por Sistema de Informação do Câncer – SISCAN o sistema em plataforma web que permite a solicitação de cinco exames (mamografia, citopatológico de mama e colo do útero e histopatológico de mama e colo do útero), seguimento dos exames alterados e gerar dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação de tempo de início do primeiro tratamento de todas as neoplasias malignas.

Art. 3° Ficam consideradas fontes executoras responsáveis por alimentar o Sistema todas as unidades de saúde pública que solicitem e executem os exames de rastreamento e diagnóstico referente ao câncer de colo de útero e mama, unidades que realizem tratamentos de Alta Complexidade em Oncologia na rede SUS e as Comissões.

Art. 4° É compulsória a alimentação do sistema, que passará a integrar os bancos de dados desenvolvidos pelo Ministério da Saúde - MS, de acordo com o tipo de estabelecimento de saúde.

Art. 5º A Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer será constituída pelas Diretorias do **HERSO** pela Superintendência Regional de Saúde/SES/GO e pela área de assistência oncológica.

Parágrafo único: A Comissão deverá ter caráter permanente, ser composta por equipe multidisciplinar e obrigatoriamente ter a supervisão de um profissional de nível superior em saúde.

Art. 6º A Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer será tecnicamente subordinada à Coordenação Estadual do Sistema de Informação de Câncer.

Art. 7º Caberá à Coordenação Estadual do Sistema de Informação de Câncer SES/GO:

I. Utilizar as informações do Sistema no Plano Oncológico do estado de Goiás e demais instrumentos de planejamento da SES/GO;

II. Apoiar, acompanhar e auxiliar a consolidação das informações sobre o câncer no estado de Goiás;

III. Capacitar e treinar recursos humanos para o funcionamento da Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer;

IV. Autorizar os acessos.

Art. 8º Caberá à Direção Geral do **HERSO**

Disponibilizar condições logísticas e operacionais para o funcionamento da Comissão Regional de Sistemas e Informação do Câncer;

I. Gerenciar e autorizar os acessos ao Sistema de Informação em Câncer;

II. Dar suporte aos Prestadores de Serviço do Sistema;

III. Realizar pesquisa e cadastro dos pacientes diagnosticados e/ou tratados na sua área de atuação; emitir relatórios gerenciais, visualizar e destravar laudos e exportar dados no Sistema;

IV. Gerenciar seguimento das pacientes com alterações dos exames citopatológicos do colo do útero e mamografias;

V. Manter atualizado o Sistema de Informações de Câncer;

VI. Gerenciar o Módulo Tratamento do Sistema de Informações de Câncer;

VII. Cadastrar no sistema de todos os laudos histopatológicos com diagnóstico de neoplasia maligna (inclusive *in situ*) realizados no laboratório de anatomia patológica de sua região de saúde;

VIII. Monitorar e avisar autoridades competentes referentes aos pacientes que tenham o laudo histopatológico positivo para neoplasia maligna e estejam sem seguimento em tempo hábil conforme estabelece a legislação vigente;

IX. Atualização da planilha assim que o primeiro tratamento for realizado;

X. Cadastrar no sistema o primeiro tratamento realizado.

Art. 9º As informações de caráter pessoal e individual dos casos notificados são sigilosas e a divulgação será proibida.

Art. 10º O Regulamento desta Comissão entra em vigor após discussão e pactuação com as áreas afins da SES/GO.

Art. 11 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO (CR SINC)
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.
- Registro no livro da Comissão.

Cronograma de encontros:

Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23
Revisada:xx/xx/23 | Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO (CR SINC)
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • quais atribuições do COMITE; • como montar os indicadores; • a importância de trabalhar e monitora os indicadores • como produzir POPs e ROTs • normatizações sobre (CR SINC) • outros...
Revisada: xx/xx/23 | Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

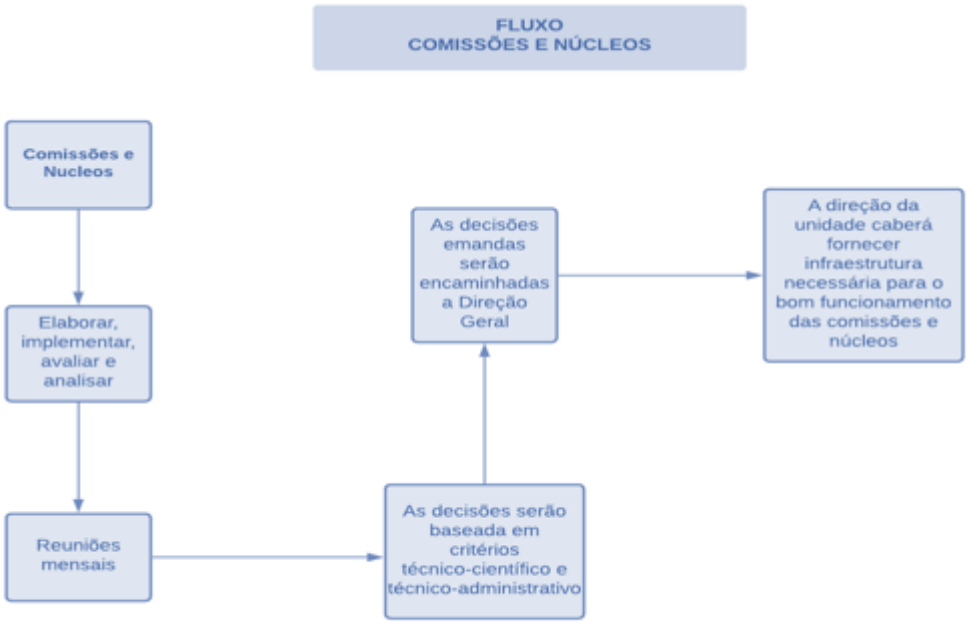


Tabela 9.1.28-2 - Cronograma Anual de Atividade comissão de (CR SINC)

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Eleição dos membros												
Integrar a Comissão junto à comunidade hospitalar.												
Aprovar e Analisar Regimento Interno da Comissão Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados.												
Normatizar Revisão												

de Prontuários instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários											
Fiscalizar, o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos.											
Desenvolver atividades de caráter técnico-científico.											
Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade.											
Reuniões mensais											
Entrega de relatórios anuais.											

9.1.28.3Comissão De Análise De Contratos Terceirizados

REGULAMENTO DA COMISSÃO DE ANALISE DE CONTRATOS TERCEIRIZADOS

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1.º Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades, tendo como foco principal as contratações de bens e serviços e auxílio aos gestores e fiscais de contratos em suas rotinas, provendo a unidade com as melhores práticas de gestão e fiscalização contratual de acordo com o planejamento institucional, pautada nos princípios da Administração Pública.

Art. 2.º O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento a unidade como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 3.º Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

CAPÍTULO II

CARACTERIZAÇÃO SEÇÃO

Art. 4.º A Unidade de Contratos, caracteriza-se da seguinte forma:

I - Título: Unidade de Contratos;

II - Ambientes de trabalho: espaço dentro da unidade de saúde;

III - Vinculação: Setor de Administração / Divisão Administrativa Financeira / Gerência Administrativa;

IV - Cargo de gestão: Chefe de Unidade;

V - Supervisão técnica: Setor de Administração.

Art. 5.º A Unidade de Contratos (UCON) utiliza a seguinte estrutura física para o desenvolvimento de suas atividades: N.º Classificação Quantidade Objetivo 1 Sala da Unidade 1 Destinada ao funcionamento da UCON.

CAPÍTULO III

RESPONSABILIDADES

Art. 6.º A Unidade de Contratos tem por missão garantir a excelência nas contratações atendendo aos princípios da Administração Pública por meio de gestão participativa.

Art. 7.º Unidade de Contratos tem por visão ser referência em contratações públicas alinhado ao planejamento estratégico e organizacional.

Art. 8.º São valores da Unidade de Contratos, em consonância com os valores do contrato:

I - Preceitos ético-legais;

II - Humanização;

III - Responsabilidade;

IV - Respeito aos direitos do paciente;

V - Trabalho em equipe;

VI - Eficiência, eficácia e efetividade;

VII - Cooperação e integração;

VIII - Padronização de condutas;

IX - Educação permanente;

X - Comprometimento;

XI - Transparência;

XII - Sustentabilidade.

Art. 9.º São competências da Unidade de Contratos:

I - Gerenciar as contratações de bens e serviços do hospital;

II- Prover procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções;

III – Elaborar minutas de contrato;

IV - Gerir os convênios celebrados pelo hospital.

Art. 10º. Constituem produtos/serviços da Unidade de Contratos:

I - Contratos e demais instrumentos obrigacionais oriundos das aquisições formalizados;

II - Fiscalização de contratos da área administrativa;

III - Apoio a gestão e fiscalização de contratações e aquisições de bens e serviços;

CAPÍTULO VI

CLIENTES

Art. 11. São clientes internos e externos da Unidade de Contratos todas as Unidades organizacionais da unidade fornecedores, órgãos públicos e profissionais de outros hospitais.

Art. 12. São fornecedores de informações em favor da Unidade de Contratos:

I – Setores Demandantes da unidade;

I – Órgãos Externos;

III – Fornecedores de Insumos e/ou Serviços;

Art. 13. Constituem funções operacionais da Unidade de Contratos:

I - Execução de procedimentos relativos à formalização de contratos oriundos de pregão eletrônico, inexigibilidade e dispensa de licitação (preenchimento do termo de contrato, colher assinaturas da contratada e contratante, publicação, cronograma, vinculação de fiscal, envio de cópia do contrato para a contratada, envio da documentação para o fiscal do contrato e outros procedimentos necessários);

II - Expedição de Ofício às unidades demandantes solicitando a indicação de fiscais de contratos;

III - expedição e envio para assinatura de Portaria de nomeação de fiscal de contratos;

IV - Solicitação de senha no sistema para os fiscais de contratos;

V - Acompanhamento, atualização e alimentação da planilha de contratos e termos aditivos (incluir os dados dos contratos e termos aditivos);

VI – Envio de Ofício aos fiscais de contratos informando o término do prazo de vigência dos contratos;

VII - Execução de procedimentos relativos à prorrogação de contratos administrativos (solicitar manifestação do fiscal e da contratada, consulta a documentação relativa à regularidade fiscal da contratada, pesquisa de preços de mercado, assinatura do ordenador de despesa e autoridade competente, cálculo do reajuste, dotação orçamentária, solicitar manifestação do setor jurídico, colher assinaturas, publicação, envio para a contratada e fiscal do contrato, e outros procedimentos necessários);

VIII - Pesquisas dos preços praticados no mercado com vista a verificação da vantajosidade ou não da prorrogação dos contratos firmados;

IX - Cadastramento de contratos novos e inclusão de termos aditivos no sistema de gestão;

X - Prestar informações acerca das atividades da Unidade quando solicitadas;

XI - Execução de procedimentos relativos à formalização de processos destinados a apuração de irregularidades no decorrer da execução dos contratos (negociação prévia, indicação de irregularidades e sanção, envio de notificação, análise resposta fornecedor, finalização, envio de resposta ao fornecedor e solicitante);

XII - Execução de procedimentos relativos à análise de pedidos de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro de contrato (pesquisa de preços de mercado, negociação com o fornecedor, solicitação de manifestação do setor jurídico, expedição de apostila ou termo aditivo, envio de resposta ao fornecedor);

XIII - Execução de procedimentos relativos à análise de solicitações de troca de marca, Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e outros;

XIV - Pesquisas dos preços praticados no mercado com vista a verificação da vantajosidade ou não da prorrogação dos contratos firmados;

XV - Prestar informações acerca das atividades da Unidade quando solicitadas.

CAPÍTULO IV

CAPITAL HUMANO

Art. 14. A Unidade de Contratos deverá manter colaboração recíproca e intercâmbio de informações com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos objetivos da Instituição.

Art. 15. São deveres gerais dos trabalhadores lotados na Unidade de Contratos:

I - Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

II - Usar o crachá nas dependências do complexo hospitalar e seus anexos;

III - tratar a todos com urbanidade;

IV - Cumprir os procedimentos operacionais padrão (Pops), referentes às tarefas para as quais forem designados;

V - Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;

VI - observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;

VII - Comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

VIII - Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;

IX - Acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;

X - Participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

XI - Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

XII - Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

XIII - Zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

XIV - Manter seus registros funcionais atualizados;

XV - Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

XVI - Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

XVII - Observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes aos seus vínculos na Instituição.

Art. 16. A Unidade de Contratos possui os seguintes Atribuições:

- Gerir os contratos, cessões, doações, autorizações, convênios e demais instrumentos obrigacionais firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;
- Solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro de fiscais atualizado;
- Elaborar as minutas dos instrumentos obrigacionais relativos aos bens e serviços contratados;
- Manter relatórios atualizados com os dados referentes aos instrumentos obrigacionais firmados;
- Atualizar rotineiramente as informações constantes do Sistema de gestão, de acordo com as normas vigentes;
- Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência;
- Apresentar relatórios periódicos contendo análise da gestão de contratos do hospital. Implantar e avaliar os protocolos, diretrizes e POPs afetos aos serviços desenvolvidos na Unidade;
- Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;

- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
- Auxiliar na construção e gerenciamento do centro de custo da Unidade;
- Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos, conforme normativas legais;
- Conferir e assinar os Registros de Ponto dos colaboradores da UCON;
- Auxiliar os Gestores e Fiscais de contratos na execução de suas atividades;
- Manter a página da Unidade atualizada no sítio eletrônico da unidade, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
- Definir processos de trabalho no âmbito da Unidade, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;
- Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos.

Art. 17. As funções de Coordenadores de Área e Responsáveis Técnicos constituem funções de confiança da Chefia do Setor de Administração, ficando a indicação a seu critério.

Art. 18. A indicação para nomeação da Chefia da Unidade de Contratos, deverá seguir os critérios estabelecidos pela legislação da SES/GO.

Art. 19. A Chefia da Unidade de Contratos é função gratificada na estrutura da unidade sendo a classificação, descrição e atribuições apresentadas no Plano de Cargos em Comissão e Funções Gratifica.

§1.º A Função Gratificada relativa à chefia descrita no caput deverá ser ocupada por profissional com formação de nível superior ou nível técnico com experiência mínima de três anos na área de atuação, conforme disposições contidas no plano de cargos e carreiras da INSV.

§2.º Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc.) da chefia do Setor de Administração, assumirá pessoa de sua confiança que será o substituto legal, formalmente nomeado por meio de Portaria publicada, permanecendo no cargo por igual período ao do mandato da chefia.

CAPÍTULO V

ORGANIZAÇÃO INTERNA

Art. 20. A Unidade de Contratos funciona nos seguintes horários: de segunda a sexta das 7h às 12h e das 13 às 17 horas.

Art. 21. As escalas de trabalho são de responsabilidade da unidade, devendo ser elaborada até o dia 10.º dia do mês anterior ao mês descrito na escala, para análise e aprovação da Chefia e obrigatoriamente publicizadas no sítio eletrônico da Instituição, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 22. Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela Chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Setor, referentes à matéria.

Art. 23. As escalas/horários de trabalho são de responsabilidade de cada segmento que compõe a Unidade, obrigatoriamente publicadas no sítio eletrônico da Instituição, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 24. A Unidade de Contratos está representada no Comissão Gestor do Setor de Administração da INSV, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, constituído pelas chefias do Setor de Administração e suas Unidades, pelos chefes substitutos como suplentes e um representante da administração, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 25. São objetivos da comissão:

I - Promover o alinhamento das ações das diretrizes estratégicas;

II - Promover e apoiar a priorização de projetos a serem atendidos para dar suporte às necessidades estratégias de planejamento;

III - Implementar oportunidades de melhorias para que a DAF possa se adaptar rapidamente a mudanças de circunstâncias tecnológicas ou de gestão e a novas demandas operacionais.

Art. 26. Compõem a comissão:

I - O chefe da SAD, como coordenador do Comissão;

II - Os chefes das Unidades subordinadas a este Setor;

III - Um representante da DAF.

§ 1.º Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc.) da chefia da Divisão Administrativa Financeira, assumirá a coordenação da comissão seu substituto legal.

§ 2.º O secretário da comissão será escolhido dentre os representantes de cada segmento do SAD representado na comissão, na ausência do serviço de secretariado.

Art. 27. Caberá ao secretário do Comissão:

I - Organizar a ordem do dia;

II - Receber e protocolar os processos e expedientes;

III - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados e/ou reexaminados nas reuniões do Comissão;

IV - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - Lavrar e assinar as atas de reuniões do Comissão;

VII - Elaborar relatório mensal das atividades do Comissão;

VIII - Providenciar, por determinação do coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - Realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao Comissão.

Art. 28. São competências da Comissão:

I - Elaborar, revisar e propor atualização do regulamento interno e demais documentos normativos dos Setores e Unidades, quando necessário;

II - Apreciar o Plano Anual de Investimento dos Setores e Unidades, para o exercício subsequente;

III - definir as diretrizes de planejamento, organização e execução das atividades do Setor e Unidades;

IV - Definir prioridades na formulação e execução de planos e projetos relacionados à expansão do Setor e Unidades;

V - Estabelecer um cronograma de reuniões e de atividades do Comissão para o exercício, quando do início das atividades;

VI - Dar andamento as ações propostas no Plano Diretor Estratégico (PDE) institucional para o Setor;

VII - Propor a criação de Grupos de Trabalho para:

a) auxiliarem nas decisões do Comissão Gestor, definindo sua composição, objetivos e prazo para conclusão dos trabalhos;

b) comporem o centro de custo do Setor, com o objetivo de fazer levantamento das demandas de materiais de consumo e permanente, gerir e controlar estoque, bem como acompanhar o andamento das aquisições.

Art. 29. As reuniões ordinárias do Comissão serão realizadas pela Chefia, juntamente com suas Unidades, e acontecerão mensalmente, com agendamento prévio de 5 (cinco) dias úteis e registro em ata.

Parágrafo único. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas a qualquer momento, com antecedência mínima de 24 horas, seja pela Chefia ou pela subscrição de 2/3 das chefias subordinadas, de acordo com a demanda do serviço.

Art. 30. As decisões serão tomadas pela maioria simples presente à reunião, cabendo ao coordenador o voto de desempate.

Art. 31. A definição das condutas a serem tomadas inerentes ao Setor de Administração será determinada pela Chefia, em conjunto com o Comissão Gestor, seguindo as exigências da Instituição e obedecendo as normas legais.

CAPÍTULO VI

INDICADORES DE GESTÃO

Art.32. São Indicadores de Produção:

- Número de Contratos Existentes
- Percentual de Contratos de Dispensa, Adesão, Inexigibilidade e pregão;
- Número de Contratos em Confecção
- Número de Contratos em fase de Aditivação/Prorrogação

Art.33. São indicadores de desempenho:

- Tempo médio de execução de confecção de contrato
- Tempo médio de execução de Aditivo ou prorrogação contratual

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. O funcionamento da Unidade de Contratos (UCON), além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, assim como o Estatuto e o Regimento Geral da unidade, bem como as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1.º Assuntos referentes a normas e rotinas da Unidade de Contratos devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POP' s).

Art. 35. Os casos omissos deverão ser objeto de deliberação do Conselho Gestor com a chefia do setor, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 36. Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação da diretoria técnica e administrativa com a chefia da imediata, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 37. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE ANALISE DE CONTRATOS TERCEIRIZADOS
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente;

- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.
- Registro no livro da Comissão.

Cronograma de encontros:

Janeiro dia: xx//01/23

Março: xx//03/23

Maio: xx//05/23

Julho: xx//07/23

Setembro: xx//09/23

Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMISSÃO DE ANALISE DE CONTRATOS TERCEIRIZADOS	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • O que é gestão de contratos na administração pública? • Como analisar um contrato de licitação? • Qual o critério determinante na identificação de um contrato administrativo? • Quais serviços podem ser terceirizados na administração pública? • Uso do MV no controle e avaliação dos contratos	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

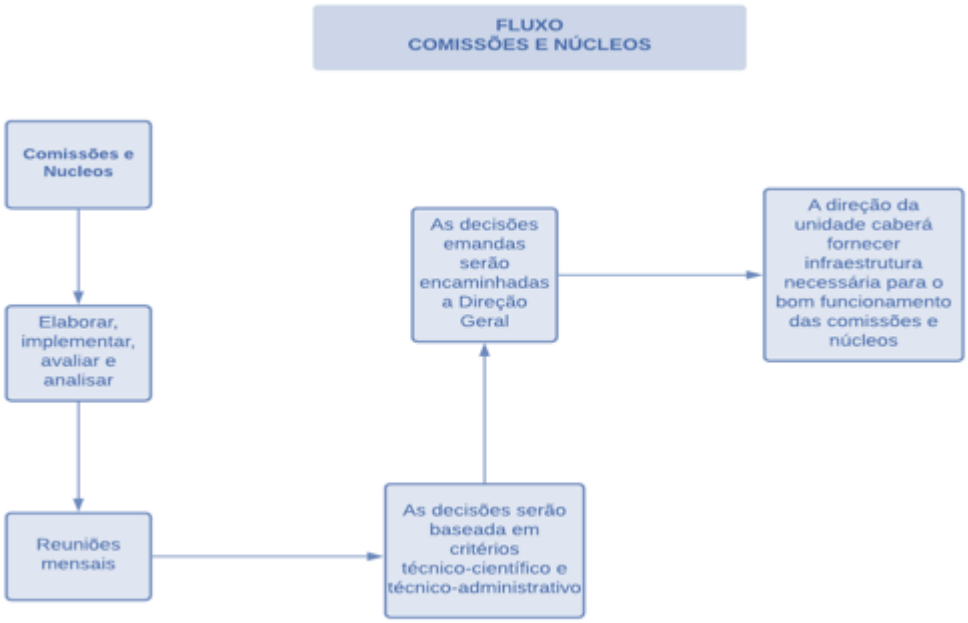


Tabela 9.1.28-3 - Cronograma Anual de análise de contratos terceirizados

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Expor a proposta e propor a inclusão do projeto de Contratos ao do **HERSO**												
Realizar rodas de conversa com todos os envolvidos no projeto de terceirizados												
Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. Reunião com profissionais da equipe multiprofissional para apresentação das finalidades e objetivos da terceirização												
Realizar atividades de terceirização por setor de acordo com a necessidade dos mesmos												
Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência												
Realizar campanhas educativas no do **HERSO** direcionadas a trabalhadores e usuários												
Avaliar os resultados do projeto durante o ano												

9.1.28.4Comissão Permanente de Desfazimento de Bens

REGULAMENTO DA COMISSÃO PERMANENTE DE DESFAZIMENTO DE BENS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1.º A Comissão Permanente de Desfazimento de Bens é estruturada e organizada pela diretoria técnica e administrativa para o exercício do controle e avaliação do desfazimento e da destinação dos bens dispostos na unidade.

Art.2º a comissão será composta por no mínimo 3 (três) servidores da administração, sendo um eleito como presidente e dois como membros;

Art.3ºo presidente será substituído em sua ausência, afastamento ou impedimento por um de seus membros;

Art.4º os membros da comissão atuaram por 12 meses;

Art. 5º a comissão terá quórum quando composta por no mínimo 2/3 dos seus membros, sendo valida a decisão por maioria dos seus membros na reunião;

Art.6º a reunião deverá ser convocada e agendada com no mínimo 24 hs de antecedência e com pauta definida, tendo ao final seus registros anotados em ata;

Art.7º as atividades da comissão poderão ser ordenadas em grupos de trabalho para tarefas especificas ou por todos os membros quando a tarefe exigir esforços concentrados;

CAPÍTULO II

COMPETÊNCIA

Art.8º Compete à comissão:

- Realizar o desfazimento de bens (valores materiais que podem ser objeto de relação jurídica) considerados inservíveis, incluindo os resíduos econômicos;
- Receber a documentação relativa ao material disponível para desfazimento, verificando sua existência física e estado de conservação;
- Avaliar o material com base no seu valor de mercado, ou a critério da comissão solicitar que esta avaliação seja elaborada por um notório especialista convocado para esse fim;
- Proceder a avaliação dos bens destinados ao desfazimento (bom, ocioso, recuperável, antieconômico e irrecuperável);
- Agrupar os materiais em lotes no caso de leilão;

- Instruir o processo de desfazimento com todas as peças que esclareçam os procedimentos adotados, tendo por objetivo a alienação, cessão ou outra forma de desfazimento dos materiais inservíveis, mediante autorização da autoridade competente;
- A guarda do processo bem como o fluxo dos documentos a montagem e apensamento de documentos até o seu arquivo final na diretoria de contabilidade e finanças da unidade
- A abertura de processo de desfazimento no sistema de patrimônio da SES/GO

Art. 9º A coordenação de patrimônio funcionara como órgão de suporte operacional a comissão;

Art.10 O procedimento para desfazimento de bens deverá ser efetuado mediante formulação em processo administrativo autônomo regular, onde contarão todas as fases do procedimento;

Parágrafo único: os processos deverão ser instruídos com os documentos do rol a seguir em conformidade a cada modalidade elencada no artigo 5º deste regulamento, além daqueles que a comissão julgar necessários;

I- Cópia do ato de designação da comissão de desfazimento de bens e materiais de informática;

II- Termo de vistoria e avaliação correspondente a natureza do material com a descrição do material/bem, modelo número de patrimônio, valor de aquisição, valor de mercado, fotografia com o tombo em destaque, situação do bem e destinação proposta; também constar nesse termo o parecer e justificativa da comissão embasada na lei e nas normas complementares;

III- Autorização do secretário de saúde da SES/GO

Art.11. As modalidades de desfazimento são as constantes na lei vigente;

Art.12.Caso a comissão permanente de desfazimento de bens opte pelo leilão dos bens depois de atendidos o art. 2ºdeste regimento, o processo será remetido ao presidente da comissão ou área responsável pela licitação que procedera na fora da lei vigente.

Parágrafo único: concluído o leilão os autos deverão ser devolvidos a comissão com todos os documentos comprobatórios do certame.

Art.13. Quando solicitada a comissão poderá proceder a avaliação previa do grau de solvibilidade do bem. Pare efeito da indicação ou não de sua manutenção dispensada a instrução processual especifica

Art. 14. A coordenação de patrimônio poderá enviar sempre que houver uma quantidade de bens suficiente de bens que justifique o desfazimento a comissão.

Parágrafo único. Observa sempre custo do processo de desfazimento em função do valor total dos bens ou bem (já revalidado) que são objetos do desfazimento para que não haja um custo maior que o montante a ser recuperado evitando-se assim prejuízo ao erário público. Considera os custos total de hora /homens trabalhadas, matérias utilizados, publicações em jornais e outros que por ventura forem estimados;

Art. 15. A comissão devera informa a diretoria de finanças os atos de baixa patrimonial ocorridos em cada exercício financeiro afim de que seja respeitado o regime de competência.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16. O funcionamento da comissão, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, assim como o Estatuto e o Regimento Geral da unidade, bem como as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1.º Assuntos referentes a normas e rotinas da Unidade de bens e patrimônios devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou pops).

Art. 17. Os casos omissos deverão ser objeto de deliberação do Conselho Gestor com a chefia do setor, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 18. Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação da diretoria técnica e administrativa com a chefia da imediata, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 19. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, / / 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO PERMANENTE DE DESFAZIMENTO DE BENS

Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23

Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23	
Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMISSÃO PERMANENTE DE DESFAZIMENTO DE BENS	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Quais são as formas de desfazimento de uma da doação? • É possível se desfazer de bens públicos? • O que é um bem recuperável? • O que é bem móvel inservíveis?	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

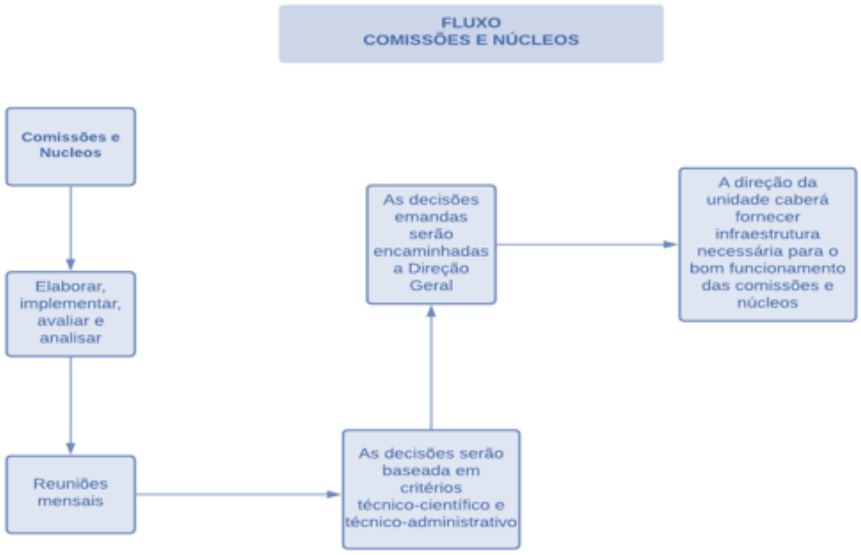


Tabela 9.1.28-4 - Cronograma Anual de desfazimento de bens

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Expor a proposta e propor a inclusão do projeto de bens do **HERSO**												
Realizar rodas de conversa com todos os envolvidos no projeto de desfazemneto de bens												
Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. Reunião com profissionais da equipe multiprofissional para apresentação das finalidades e objetivos do desfazeimento de bens												

Realizar atividades de desfazeimneto de bens por setor de acordo com a necessidade dos mesmos												
Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência												

9.1.28.5Comissão de Apoio Religioso e Espiritual

REGULAMENTO DA COMISSÃO DE APOIO RELIGIOSO e ESPIRITUAL

CAPITULO I

DA MISSÃO

Art.1.A Comissão de Apoio Religioso e Espiritual - tem como missão proporcionar assistência religiosa e espiritual aos pacientes, acompanhantes, docentes, discentes, funcionários da unidade e a comunidade geral, segundo as suas necessidades e respeitando as suas crenças e tradições.

CAPITULO II

DOS VALORES

Art.2ºAlém do que é eticamente específico dos profissionais de saúde, os assistentes espirituais e religiosos, observam os seguintes valores:

- Respeito pela integridade filosófica, espiritual e religiosa da pessoa;
- Respeito pelas crenças, valores e tradições de cada um;
- Ausência de preconceito religioso;
- Recusa em pressionar ou impor assistência contra a vontade ou convicções da pessoa (recusa de proselitismo);
- O dever de solidariedade com a instituição, seus órgãos de gestão e profissionais.

CAPITULO III

DOS OBJETIVOS

Art.3º A comissão tem os seguintes objetivos:

• Prestar assistência religiosa e espiritual aos pacientes, familiares, docentes e discentes e servidores que a solicitarem, respeitando a sua vontade e convicções;

• Oferecer os benefícios da prática religiosa-espiritual, como bem-estar psicológico (satisfação com a vida, afeto positivo e moral elevado) e menos depressão, ideação e comportamentos suicidas e abuso de drogas e álcool;

• Regulamentar e definir os horários de visitas religiosas-espirituais de acordo com normas da unidade;

• Participar e colaborar no debate ético, bem como nas comissões ou grupos de trabalho para que for designado;

• Estabelecer bons níveis de colaboração e comunicação com os diversos serviços do âmbito Hospitalar e, particularmente, com as equipes clínicas;

• Promover, colaborar ou organizar palestras, cursos e ações culturais com temáticas relativas à intervenção da comissão;

• Promover pesquisas visando evidenciar os benefícios da religiosidade/espiritualidade na melhoria da saúde;

• Estabelecer parcerias de natureza cultural e/ou de solidariedade com a comunidade;

• Desenvolver atividades de voluntariado.

CAPITULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art.4º será composta de voluntários da sociedade em geral com auxílio da assistência social da unidade e diretoria administrativa;

Art.5º Reunir-se-ão sempre a cada semestre para organização das escalas de atuação;

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 6º. A responsabilidade da direção administrativa da unidade é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 7º. Este regimento poderá ser alterado, no todo ou em parte, após deliberação em reunião pela maioria simples dos membros presentes.

Art. 8º. Os casos omissos serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 9º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás , de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE APOIO RELIGIOSO e ESPIRITUAL
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.

• Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Julho: xx//07/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE APOIO RELIGIOSO e ESPIRITUAL
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Integrando Religião e Espiritualidade no cuidado em saúde • O que é espiritualidade exemplos? • Quais as vantagens da espiritualidade? • Qual a relação entre religiosidade e espiritualidade na qualidade de vida? • Qual é a função da espiritualidade na religião?

Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

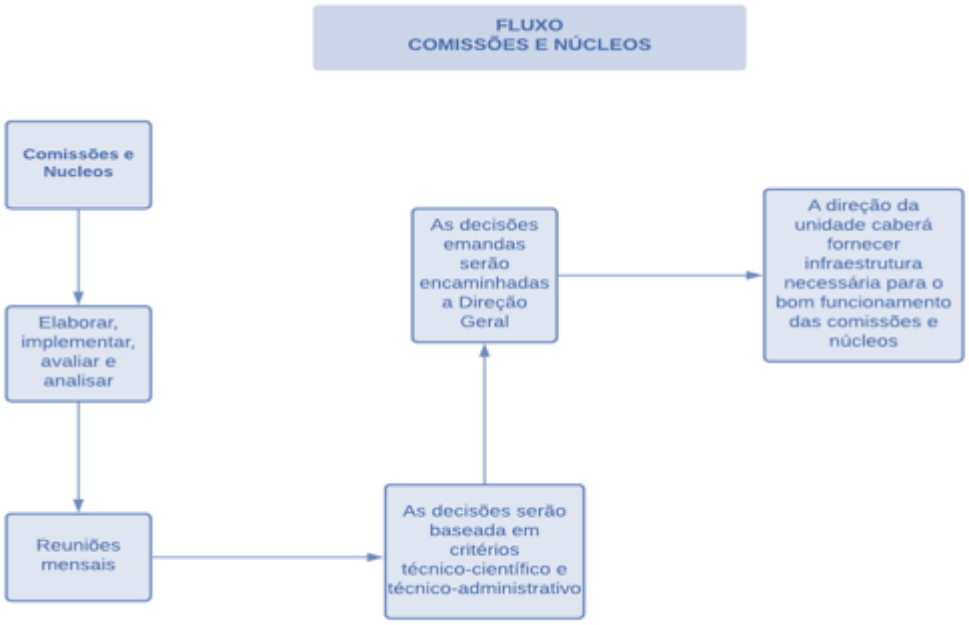


Tabela 9.1.28-5 - Cronograma anual do apoio espiritual

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Eleição dos membros												
Integrar a Comissão junto à comunidade hospitalar.												
Aprovar e Analisar Regimento Interno da Comissão Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados.												
Normatizar Revisão de Prontuários instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos												

prontuários											
Fiscalizar, o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos.											
Desenvolver atividades de caráter técnico-científico.											
Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade.											
Reuniões mensais											
Entrega de relatórios anuais.											

9.1.28.6Comissão De Humanização Hospitalar

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Art. 1.º O Grupo de Trabalho em Humanização - GTH é uma equipe multiprofissional, organizada, participativa e democrática, que se destina empreender no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – **HERSO** uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde intra-hospitalar, em benefício dos usuários, dos trabalhadores e acadêmicos de saúde.

Art. 2.º O GTH do **HERSO** visa:

I. Atender à Política Nacional de Humanização que, desde 2003, busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidarias entre gestores, trabalhadores e usuários;

II. Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;

III. Inserir o ensino, a pesquisa e extensão na Humanização da Assistência Hospitalar.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 3.º São objetivos do GTH:

I. Melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos usuários do **HERSO**;

II. Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os usuários, profissionais e acadêmicos de saúde;

III - fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes no **HERSO**;

IV - Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências necessária.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4.º O GTH terá as seguintes competências:

I. Estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os trabalhadores do **HERSO** mais humanizados;

II. Traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;

III. Examinar propostas sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais na instituição;

IV. Liderar o processo de humanização;

V. Buscar estratégias de comunicação e integração entre as diferentes setores do **HERSO**;

VI. Promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de Humanização a serem desenvolvidas;

VII. Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;

VIII. Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos pelo SUS;

IX. Estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil e usuários nas ações de humanização dos serviços.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5.º O GTH do **HERSO** é constituído por uma equipe multidisciplinar de forma voluntária, nomeada em portaria pelo Diretor Geral e terá representantes das seguintes áreas:

I – Ouvidoria;

II – Um representante da Divisão de Enfermagem;

III – Um representante da Diretoria Geral;

IV – Um representante do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

V – Um representante Gestor Médico;

VI – Um representante da hotelaria;

VII – Três representantes da Divisão de Gestão de Pessoas, sendo um da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

VIII – Um representante de cada Secretaria de Saúde (Municipal e Estadual);

IX – Um representante dos usuários;

X – Um representante das demais categorias atuantes no **HERSO**.

Parágrafo único. As demais categorias atuantes no **HERSO** poderão participar como membros consultivos do GTH, quando acionadas.

Art. 6.º O Coordenador e o Vice Coordenador serão escolhidos dentre os membros do Grupo, após indicação e votação, sendo eleitos por maioria simples dos votos dos membros presentes à reunião, tendo o mandato a duração de dois anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 7.º Após a eleição, o Coordenador e o Vice indicarão três secretários, cujos mandatos terão a duração do mandato de seus respectivos Coordenadores.

CAPÍTULO V

DAS SUBCOMISSÕES

Art. 8.º Fica a critério do GTH a formação de subcomissões com tarefa específica a cumprir, de modo a subsidiar apreciação posterior da equipe.

Art. 9.º As sub comissões reger-se-ão pelas mesmas regras estabelecidas neste regimento e se reportarão ao Coordenador do GTH.

Art. 10. As sub comissões são instrumentos operacionais integrados e interdependentes na realização de ações humanizadas, no âmbito de sua especificidade com os objetivos:

I – Elaborar projetos, parcerias, levantamento de pontos críticos, planejamento;

II - Divulgar o processo de humanização no âmbito do **HERSO**;

III – Realizar atividades educativas aos usuários, trabalhadores e alunos;

IV - Desenvolver e implantar formas de divulgação dos trabalhos do GTH do **HERSO** à comunidade interna e externa.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 11. São atribuições do Coordenador:

I – Coordenar as atividades de promoção de humanização;

II - Convocar e presidir as reuniões do GTH dando execução às respectivas deliberações;

III - Representar oficialmente o GTH;

IV – Prestar contas das atividades do GTH ao Colegiado Executivo do **HERSO**.

Art. 12. São atribuições do Vice Coordenador:

I - Assessorar o Coordenador;

II - Assumir as funções do Coordenador em suas ausências e impedimentos previstos em lei (como férias, afastamentos oficiais, licenças-saúde, etc.);

III – Comparecer às reuniões do GTH.

Art. 13. São atribuições dos demais membros da comissão:

I - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

II – Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III – Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV – Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

Art. 14. Caberá ao secretário da comissão:

I – Organizar a ordem do dia;

II - Receber e protocolar os processos e expedientes;

III – manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da comissão;

IV - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - Lavrartermos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VII - Elaborar relatório mensal das atividades da comissão para publicização no sítio eletrônico da Instituição;

VIII - Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX – Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador, relacionadas ao serviço.

CAPÍTULO VII

DAS REUNIÕES

Art. 15. As reuniões ordinárias do GTH serão realizadas quinzenalmente, em dia e hora previamente agendados, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro da Comissão com antecedência mínima de 3 (três) dias úteis.

Art. 16. As deliberações serão tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes à reunião.

Art. 17. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas com assinatura dos membros em lista de presença.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 18. A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 19. Este Regimento poderá ser alterado, no todo ou em parte, após deliberação em reunião pela maioria simples dos membros presentes.

Art. 20. Os casos omissos serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 21. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás , de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
DO COMISSÃO DE HEMOTERAPIA
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.

• O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
DO COMISSÃO DE HEMOTERAPIA
Data: XX/XX/23
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: I. Desenvolvimento de habilidades de comunicação empática, clara e eficaz para estabelecer uma relação de confiança com os pacientes, ouvir suas preocupações e necessidades, e transmitir informações de maneira compreensível.

II. Promoção de habilidades de trabalho em equipe e colaboração interdisciplinar, reconhecendo a importância da integração de diferentes profissionais de saúde para proporcionar um cuidado mais abrangente e humanizado. III. Treinamento sobre estratégias de prevenção e controle da dor, incluindo o uso adequado de analgésicos e outras terapias não farmacológicas, visando ao alívio do sofrimento do paciente. IV. Abordagem sobre os cuidados paliativos, enfatizando a importância de oferecer suporte e conforto aos pacientes em situações de doenças graves, proporcionando dignidade, qualidade de vida e apoio aos familiares.
Revisada: xx/xx/23 — Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

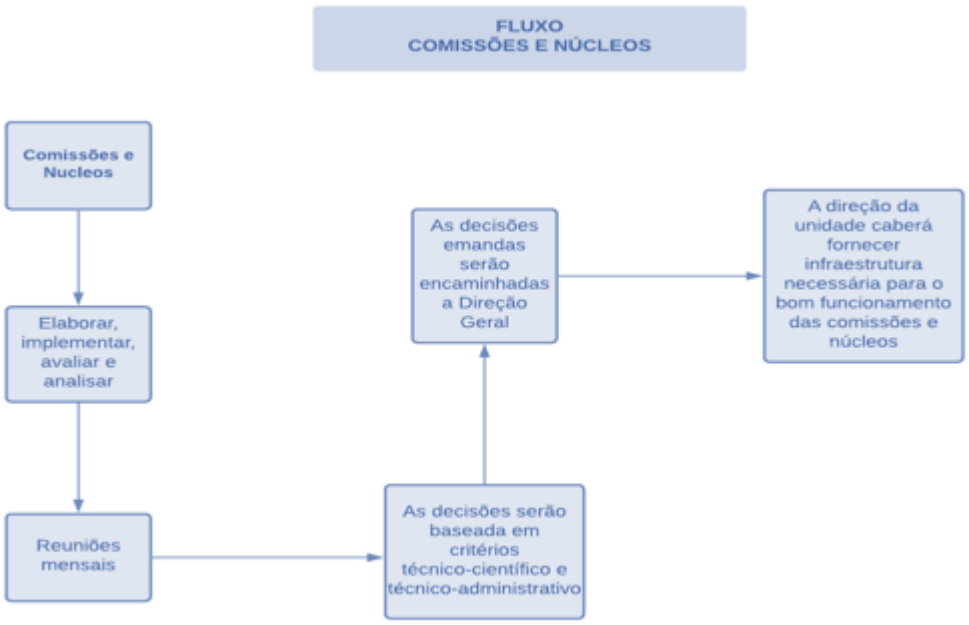


Tabela 9.1.28-6 - Cronograma Anual de Atividade Anual – Outras Comissões

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Expor a proposta e propor a inclusão do projeto ao Núcleo de Educação permanente do hospital	■											
Realizar rodas de conversa com todos os envolvidos no projeto de humanização	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realizar atividades de Educação permanente por setor de acordo com a necessidade dos mesmos			■	■	■	■						
Realizar oficinas com trabalhadores de grupos diversos para compreensão do trabalho que o outro desenvolve e visualizar a importância da integração da equipe						■	■	■				
Realizar campanhas educativas no hospital, direcionadas a trabalhadores e usuários						■	■	■	■	■		
Avaliar os resultados do projeto durante o ano											■	■

9.1.28.7Comissão de Ética Multiprofissional

REGULAMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MUTIDISCIPLINAR

CAPÍTULO I

DAS DENOMINAÇÕES, SEDE, FINS E COMPOSIÇÃO

Art.1°. A Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade, visa desempenhar as funções educativa, preventiva e fiscalizadora dos princípios éticos que norteiam o exercício das profissões retro mencionadas na unidade.

Art.2°. A Comissão de Ética Multidisciplinar terá sede no Núcleo das Comissões e usufruirá de sua estrutura administrativa, em área a ser designada na Unidade.

Art.3º. A Comissão de Ética Multidisciplinar deverá ser constituída por profissionais de fonoaudiologia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia e serviço social dentre outras profissões de saúde do quadro de funcionários da Unidade.

§1. Os serviços serão representados por funcionários de nível superior.

§2. Na primeira gestão a Comissão de Ética Multidisciplinar será constituída por solicitação e indicação da Unidade sendo seus membros efetivos e suplentes indicados pelas chefias e equipes, e com mandato de 1 (um) ano.

§3. Nas gestões subsequentes os representantes serão escolhidos, através do voto secreto, pelos funcionários do hospital, de cada categoria profissional aqui discriminada, e conforme as demais regras preconizadas neste regimento.

§4. O Coordenador será designado pelo Diretor Técnico e Administrativo, sendo escolhido entre os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar.

§5. A Comissão de Ética Multidisciplinar do Unidade será composta por:

- 01 (um) Presidente,
- 01 (um) Secretário,
- 1 representante da psicologia,
- 1 representante da nutrição,
- 1 representante da fisioterapia
- 1 representante da enfermagem
- 1 representante do serviço social como membros efetivos e,
- Igual número de suplentes.

Art. 4°. A atuação, no âmbito da Comissão de Ética Multidisciplinar não enseja remuneração para seus membros e os trabalhos nela desenvolvidos são considerados prestação de relevante serviço ao Unidade.

CAPITULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5°. São atribuições da Comissão de Ética Multidisciplinar:

l. Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades multidisciplinares, atentando para que as condições de trabalho das diversas categorias, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito dos estabelecimentos assistenciais de saúde municipal e estadual da região.

ll. Exercer suas atribuições em consonância com as deliberações e recomendações presentes no Código de Ética de cada profissão.

lll. Instaurar, de ofício, processo e sindicância sobre fato ou ato lesivo ou regra de princípio de ética pública, se necessário.

lV. Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas, sempre que necessário.

I. Analisar sugestões, reclamações e denúncias sobre condutas éticas do quadro funcional multidisciplinar da Unidade.

II. promover conciliações e interações quando não houver consenso entre membros e ou equipes.

Vl. Manter absoluto sigilo e confidencialidade quanto aos assuntos tratados e decididos pela Comissão de Ética Multidisciplinar.

Vll. Manter imparcialidade, analisando as representações, bem como os demais assuntos discutidos nas reuniões.

Vlll. Afirmar, disseminar, promover e zelar pelo cumprimento dos princípios éticos nas relações multiprofissionais da Unidade.

IX - Planejar e executar atividades que visem à prevenção de desvios éticos.

X - Apoiar e assessorar, quando solicitado, a Divisão de Recursos Humanos e o SAC em suas decisões referentes às condutas éticas pertinentes ao quadro funcional multiprofissional da Unidade.

XI - Encaminhar para avaliação e/ou processo ético a denúncia aos Comissões Regionais de cada categoria profissional, quando não se chegar a uma conciliação através desta Comissão.

XII - Verificar as condições de trabalho oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado ao cliente, sugerindo modificações necessárias.

Art. 6°. Não caberá à Comissão de Ética Multidisciplinar analisar questões referentes à responsabilidade da Divisão de Recursos Humanos da Unidade.

Parágrafo Único - Quando solicitado, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá assessorá-los.

CAPITULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7°. Compete ao Presidente:

a) Convocar e presidir as reuniões e os trabalhos da Comissão de Ética Multidisciplinar.

b) Colocar em votação os assuntos submetidos à Comissão de Ética Multidisciplinar.

c) Organizar a pauta das reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade, a partir de sugestão de qualquer de seus membros, admitindo-se, ao início de cada reunião, a inclusão de novos assuntos

d) Assinar correspondência em nome da Comissão de Ética Multidisciplinar e solicitar as assinaturas dos demais membros quando considerar conveniente.

e) Representar a Comissão de Ética Multidisciplinar ou designar quem o faça, quando necessário.

f) Decidir sobre a presença de pessoas não integrantes da Comissão de Ética Multidisciplinar em suas reuniões, ouvidos os membros titulares e/ou suplentes presentes.

g) Levar a julgamento, em caso de urgência, matéria não constante da pauta, com a presença dos membros titulares, e, na ausência de algum deles, com a convocação de um dos membros suplentes.

h) Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade.

i) Outros assuntos correlatos.

Art. 8°. Compete aos Membros Titulares:

a) Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética Multidisciplinar - CEMM.

b) Instruir as matérias submetidas à deliberação da Comissão de Ética Multidisciplinar – CEMM.

c) Providenciar a instrução de matéria nos casos em que houver necessidade de parecer

sobre a legalidade de ato a ser por ela baixado.

d) Requisitar aos funcionários e profissionais submetidos ao Código de Conduta Ética documentos, informações e subsídios para instruir assunto sob apreciação desta Comissão.

e) Debater a matéria e os processos em discussão.

f) Votar sobre os assuntos analisados e/ou discutidos nas reuniões, para a sua deliberação final.

g) Convocar reuniões extraordinárias.

h) Relatar os expedientes da Comissão de Ética Multidisciplinar.

i) Comparecer às reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar, quando convocado pelo Presidente.

j) Justificar ausência em prazo hábil, para que haja tempo de convocação de outro membro.

k) Representar a Comissão de Ética Multidisciplinar do Unidade em atos públicos, por delegação de seu Presidente.

Art. 9º. Compete ao Membro Suplente:

I. Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética Multidisciplinar.

II. Substituir/Representar o membro titular em sua ausência, exercendo todas as atividades pertinentes ao membro titular, inclusive com direto a voz e voto.

III. Participar das reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar juntamente com o membro titular com direito a voz e voto, desde que convocado pelo presidente desta Comissão.

Art. 10º. Compete ao Secretário:

I. Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais.

II. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Multidisciplinar.

III. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar.

§ 1. A (o) Secretária (o) do Núcleo das Comissões do Unidade participará de todas as reuniões e desempenhará as funções descritas abaixo em caráter confidencial:

a. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Multidisciplinar;

b. Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Multidisciplinar;

c. Comunicar aos membros sobre reuniões convocadas pelo presidente;

d. Emitir e enviar os Pareceres de resultados elaborados pela Comissão;

e. Outras atividades afins.

§ 2. Na ausência da (o) secretária (o) do Núcleo das Comissões - Unidade, nas reuniões desta Comissão, o (a) Secretário (a) da mesma poderá exercer funções inerentes a esta, após autorização da (o) Presidente desta Comissão.

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 11. A Comissão de Ética Multidisciplinar reunir-se-á sempre que convocada por seu Presidente, por iniciativa própria ou por solicitação dos seus membros, para julgar denúncias contra servidores do quadro funcional da Unidade, por inobservância do Código de Ética das suas respectivas Comissões, para intermediar conciliações entre partes conflitantes, ou para deliberar sobre assuntos relacionados com a Comissão de Ética Multidisciplinar.

Art. 12. Haverá obrigatoriedade de registro em ata de todas as reuniões realizadas, inclusive aquelas com a presença de funcionários e profissionais submetidos ao Código de Ética, rubricado pelos presentes em todas as páginas.

Art. 13. A acusação de inobservância do Código de Ética deverá ser formalizada por escrito, no prazo máximo de trinta (30) dias corridos, após a ocorrência do fato, identificada e assinada por pessoa física ou jurídica, dirigida à Comissão de Ética Multidisciplinar, contendo todas as informações necessárias, juntamente com todas as provas documentais de que dispuser, para a apuração dos fatos.

Art. 14. Denúncias que envolvam funcionários ou profissionais do Unidade e pacientes deverão ser encaminhadas, a esta Comissão, através da ouvidoria da Unidade.

Parágrafo Único - Antes de encaminhar as denúncias para esta Comissão a ouvidoria deverá proceder a uma avaliação de competência. Recebida a denúncia, o Presidente convocará reunião da Comissão de Ética Multidisciplinar para apuração dos fatos.

§ 1 - A denúncia poderá não ser acolhida se após avaliação constatar-se que a mesma não tem consistência ou não é de competência desta Comissão.

§ 2 - Em caso de não acolhimento da denúncia, o Presidente comunicará tal decisão ao denunciante, justificando-a, por escrito, não cabendo recurso ao denunciante se proferida por unanimidade.

§ 3 - Após a acolhida da denúncia, o Presidente convocará o denunciante e o denunciado, separadamente, para serem ouvidos pela Comissão de Ética Multidisciplinar ou por parte de seus membros.

CAPÍTULO V

DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Art. 15. Para sindicância dos fatos, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá solicitar pareceres durante a apuração.

§ 1 - Os pareceres poderão ser emitidos por membros da própria Comissão de Ética Multidisciplinar, neste caso ficam responsáveis os membros que pertencem à mesma categoria profissional do denunciante e/ou denunciado.

§ 2 - Caso não haja representantes profissionais na Comissão de Ética Multidisciplinar que possam elaborar este parecer, o presidente da Comissão de Ética Multidisciplinar poderá indicar um profissional da mesma categoria para emitir um parecer. Este deverá ser aprovado pelos demais membros da Comissão de Ética Multidisciplinar.

Art. 16. Durante a apuração dos fatos e até elaboração do relatório final o presidente da Comissão de Ética Multidisciplinar nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 17. Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Multidisciplinar reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo Único. Caso necessário, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 18. Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada aos Comissões Regionais das partes envolvidas, para a competente tramitação.

Art. 19. Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá procurar conciliação entre as partes envolvidas no âmbito Hospitalar.

§ 1. Caso haja conciliação, a Comissão de Ética Multidisciplinar lavrará tal fato em ata específica e Parecer Técnico.

§ 2. Não havendo a conciliação de que trata este artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado as Comissões Regionais das partes envolvidas para as providências administrativas cabíveis.

Art. 20. Todos os assuntos debatidos em reunião, sejam matérias da própria Comissão ou

sindicância de denúncias, deverão ter caráter sigiloso.

Parágrafo Único – Após emissão do relatório conclusivo apenas as partes envolvidas e os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar terão acesso às atas e arquivos do fato.

CAPÍTULO VI

DAS ELEIÇÕES

Art. 21. Os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar deverão ser funcionários e profissionais da unidade.

Art. 22. A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital Interno, a ser divulgado no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 23. Os candidatos à Comissão de Ética Multidisciplinar da unidade, deverão se inscrever individualmente, junto ao Núcleo das Comissões, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 24. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em ordem alfabética, durante um período mínimo de 07 (sete) dias.

Art. 25. Ocorrendo empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos e/ou suplentes, será considerado o mais antigo na Instituição, caso permaneça o empate o de maior idade.

Art. 26. A composição da Comissão de Ética Multidisciplinar da unidade será pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para sua composição.

Art. 27. A duração do mandato dos membros será de 30 (trinta) meses.

Art. 28. A duração do mandato do Presidente será de 01 (hum) ano, podendo haver rodízio entre os membros para o mandato do próximo ano.

Art. 29. A escolha dos membros será através de eleição e Edital interno que deverá conceder um prazo de 15 (quinze) dias para as inscrições das chapas o qual será encerrado 48 (quarenta e oito horas antes das eleições).

Art. 30. A comissão que estiver cumprindo o mandato fará a escolha de uma Comissão Eleitoral responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados.

Art. 31. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, assistida por todos interessados e resultado da eleição será lavrado em Ata e encaminhado cópias para os Comissões Profissionais representados.

Art. 32. Todos os recursos contra qualquer fato relativo ao Processo Eleitoral deverão ser

formalizados por escrito e endereçada em primeira instância ao Presidente da Comissão Eleitoral, dentro do prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a apuração dos votos, em segunda instância à Comissão de Ética Multidisciplinar e terceira instância as Comissões respectivos.

Art. 33. Os membros eleitos (efetivos e/ou suplentes) que solicitarem afastamento da Comissão ou deixarem de prestar serviços à Instituição serão automaticamente desligados de suas funções, ficando seu cargo sem representação até a realização da nova eleição.

Parágrafo Único. Profissionais que ocuparem os cargos de Diretor Técnico e Administrativo, Diretor Técnico e Diretor Financeiro e Diretor Administrativo, não poderão candidatar-se aos cargos desta Comissão.

CAPITULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 34. Os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar devem dar-se por impedidos quando forem:

I. Parte da causa;

II. Cônjuge, parente, consanguíneo ou afim, de alguma das partes, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau;

III. Integrantes de órgão de administração ou direção de pessoa jurídica parte na causa;

IV. Interessados na sindicância da causa em favor de uma das partes.

§ 1. Poderá ser solicitado o impedimento de qualquer um dos membros da Comissão de Ética Multidisciplinar, por uma das partes envolvidas, desde que este comprove pelo menos uma das condições de impedimento acima estipulado.

§ 2. Compete à própria Comissão de Ética Multidisciplinar decidir sumariamente sobre o impedimento de um dos seus membros.

Art. 35. A Comissão de Ética Multidisciplinar será dissolvida por decisão da Comissão e/ou da Diretoria Geral em reunião, especialmente convocada para esse fim, quando se tornar impossível a continuidade de suas atividades.

Art. 36. As ausências dos membros da Comissão de Ética Multidisciplinar em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o Núcleo das Comissões da UNIDADE, para apreciação junto ao Presidente desta Comissão. Três ausências consecutivas não justificadas ocasionará o desligamento e substituição do membro faltoso.

Art. 37. Este Estatuto poderá ser alterado quando:

- Após a avaliação de desempenho da Comissão de Ética Multidisciplinar, observar-se falhas ou incoerências em seu conteúdo;
- Pela exigência de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 38. As determinações deste Estatuto e Regimento terão efeito a partir da aprovação do Diretor Técnico e assinatura de todos os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade.

Art. 39. Os casos omissos serão decididos em reunião pela própria Comissão de Ética Multidisciplinar.

Santa Helena de Goiás, / / 2021

_____

Diretor Técnica da Unidade

Das rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com

antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23 Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL
Data: XX/XX/23

Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Qual a importância das comissões dentro das instituições de saúde? • O que é comissão de ética hospitalar? • Qual o dever das comissões de ética de enfermagem ao receber notificações de infrações? • Como criar uma comissão de ética? • Origem do Prontuário Médico • Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos • Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Do Fluxo

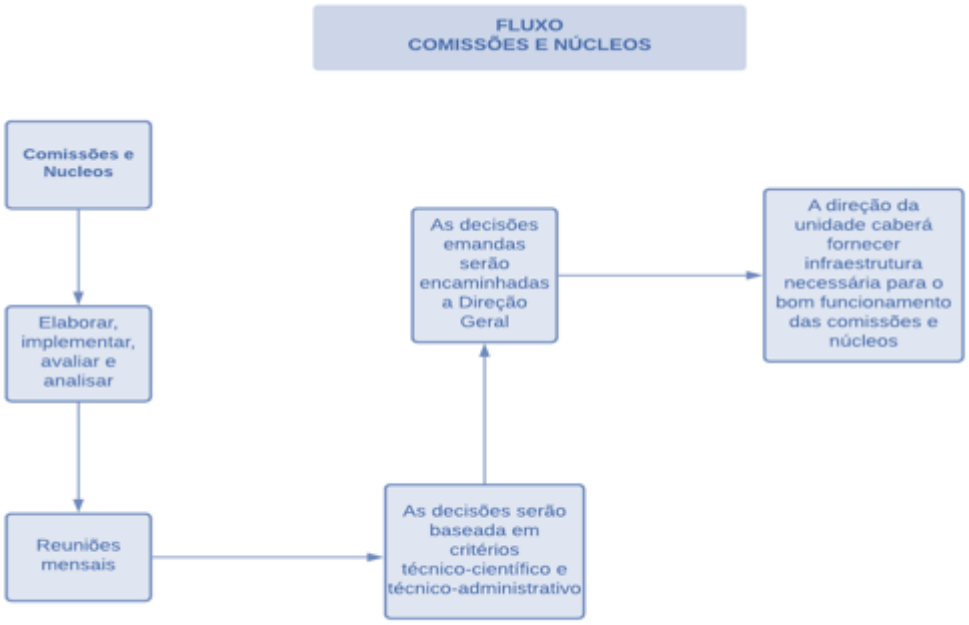


Tabela 9.1.28-7 - Cronograma Anual de Atividade de ética multiprofissional

Cronograma de Atividade Anual												
ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Eleição da CEMM Convocação da eleição que será feita pela gerente de enfermagem, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados pela gerência de enfermagem, por ordem alfabética, durante o												

período mínimo de uma semana.												
Reuniões de Planejamento												
Elaboração de Relatórios												
Promoção e Participação de Eventos												
Elaboração de orientações aos Pacientes												
Informar os cidadãos / usuários												
Informar os órgãos competentes De saúde acerca da evolução das estratégias												
Monitoração de Denúncias e situações internas												

9.1.28.8Comissão de Controles Internos

REGULAMENTO DA COMISSÃO DE CONTROLES INTERNOS

CAPÍTULO I

DO SISTEMA

Art. 1º - Fica criado o Sistema de Controle Interno da unidade, que tem como órgão central de controle interno e visa estabelecer políticas e ações de controle interno do âmbito da unidade.

Art. 2º - Visando operacionalizar e dar efetividade ao Sistema de Controle Interno da unidade, fica também criado, no âmbito de suas atribuições e competências administrativas, a Comissão de Controle Interno.

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3º Com as seguintes atribuições:

I - Avaliar o cumprimento da execução das metas contidas no plano plurianual de investimentos, na Lei Orçamentária Anual (Planejamento/Proposta Orçamentária Anual), nos programas de trabalho e demais metas pactuadas no âmbito da unidade;

II - Comprovar a legalidade e avaliar os resultados relativos à eficácia, a eficiência, economicidade e efetividade da gestão orçamentária, financeira e patrimonial no da unidade, nos programas de trabalho e nos orçamentos, bem como a aplicação de recursos públicos;

III - Acompanhar a execução contábil, financeira e econômica em todos os casos de interesse da unidade;

IV - Controlar custos, preços e gastos dos materiais e serviços de qualquer natureza mantidos pelo da unidade;

V - Exercer o controle contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial da unidade quanto à legalidade, legitimidade, economicidade e razoabilidade;

VI - Criar condições para assegurar a eficiência, eficácia, economicidade e efetividade da gestão de todos os processos e procedimentos internos, conforme determinações dos órgãos de Controle Externos e Internos;

VII - Exercer o Controle Interno das operações de créditos, bem como, da execução de convênios, contratos e licitações, relativos aos direitos e haveres da unidade;

VIII - Avaliar a correta aplicação das disposições contidas na legislação em vigor, quanto aos limites de gastos e outras decorrentes, apresentando informações que auxiliem neste processo.

IX - Monitorar e colaborar na implementação e no cumprimento de todas as disposições contidas nas deliberações expedidas pelos Órgãos de Controle Externos e Internos;

X - Supervisionar os processos de controles internos;

XI - Realizar análise e atualização sobre:

a. Os Métodos e Medidas utilizados em cada área;

b. A proteção do Patrimônio;

c. A correta gestão do pagamento do pessoal;

d. A exatidão e fidedignidade das informações;

e. A eficiência operacional; e

e. O cumprimento das políticas administrativas.

Parágrafo Único – A Comissão de Controle Interno funcionará sem prejuízo de posterior criação da Controladoria Interna da unidade, no âmbito de sua estrutura organizacional, a qual a diretoria administrativa poderá delegar as atribuições, mediante Portaria específica, que competirá atuar na execução direta das atribuições funcionais e executivas do Sistema de Controle Interno.

Art. 4º - A Comissão de Controle Interno atuará em todas as gerências, divisões, setores da unidade e as que lhe vierem a ser incorporadas futuramente.

CAPÍTULO II

DAS ATIVIDADES

Art. 5° - A Comissão de Controle Interno utilizará como técnicas de trabalho, para a consecução de suas finalidades, a auditoria e fiscalização por amostragem, visando o assessoramento da Equipe de administrativa da unidade.

§ 1° - O assessoramento visa a comprovar se os processos, políticas e manuais objetos de intervenção, atende às necessidades para as quais foi definido, guarda coerência com as condições e características pretendidas e se os mecanismos de controle são eficientes.

§ 2° - A auditoria visa a avaliar a gestão pública, pelos processos e resultados gerenciais, e a aplicação de recursos públicos.

§ 3° - A fiscalização visa a comprovar se o objeto dos programas de governo corresponde às especificações estabelecidas, atende às necessidades para as quais foi definido, guarda coerência com as condições e características pretendidas e se os mecanismos de controle são eficientes.

Art. 6° - A Comissão de Controle Interno, assim como os demais órgãos que vierem a compor o Sistema de Controle Interno da unidade, prestarão orientação aos administradores de bens e recursos públicos nos assuntos pertinentes à área de competência do controle interno, inclusive sobre a forma de prestar contas.

Art. 7° - As atividades a cargo do Sistema de Controle Interno da Unidade destinam-se, preferencialmente, a subsidiar:

I - O exercício da direção superior da unidade, a cargo da diretoria administrativa;

II - A supervisão das Gerências, Divisões, Setores da unidade;

III - O aperfeiçoamento da gestão pública, nos aspectos de formulação, planejamento, coordenação, execução e monitoramento das políticas institucionais;

IV - Os órgãos responsáveis pelo ciclo da gestão da unidade, quais sejam, planejamento, orçamento, finanças, contabilidade e administração central.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º - Compete à Comissão de Controle Interno:

I - Acompanhar a implementação de melhorias de processo das recomendações do órgão de controle interno e externo;

II - Dirimir controvérsias acerca do controle interno;

III - Estabelecer novas diretrizes de controle interno, quando necessário;

IV - Rever os parâmetros de riscos e controles;

V - Estabelecer periodicidade para reuniões e registro em atas;

VI - Gerenciar grupos de trabalho temáticos compostos por colaboradores de diversas Unidades Administrativas da unidade;

VII - Verificar, de modo sistemático, a adoção do cumprimento dos procedimentos definidos para as atividades (incluindo normatizações externas) dos processos existentes na unidade, de modo particular;

VIII - Participar da revisão periódica dos controles e demais procedimentos operacionais;

IX - Centralizar as informações e responsabilizar-se pelo efetivo conhecimento por todos dos procedimentos e fluxogramas da unidade, disponibilizando-os na rede mundial de computadores, caso possível;

X - Emitir parecer sobre o Relatório Anual de Gestão;

XI - Colaborar para manter todos os colaboradores (empregados e servidores) informados de suas responsabilidades, missão da empresa e diretrizes estratégicas;

XII - Prestar assessoria a diretoria administrativa em assuntos relacionados com as atividades de controle interno;

XIII - Elaborar o Plano Anual de Controle Interno, considerando as áreas a serem avaliadas e controladas, os recursos necessários e disponíveis e o cronograma do plano de trabalho a ser realizado;

XIV - Antecipar-se, preventivamente, ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraudes, inclusive através de campanhas informativas no âmbito da unidade;

XV - Emitir relatórios que reflitam os resultados das avaliações e controles efetuados sobre as informações administrativas e operacionais da unidade;

XVII - Avaliar periodicamente o Sistema de Controle Interno da unidade, que compreende o plano de organização (organograma e manuais de normas e rotinas) e a política de procedimentos (sistema de autorização e prática de registros), com o objetivo de verificar se há proteção dos ativos, confiança nos dados contábeis, eficiência operacional e adesão às políticas da administração;

XIX - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade; e

XX - Colaborar na humanização do atendimento da unidade.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA DA COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO

Art. 9º - A Comissão de Controle Interno, para desempenho de suas atividades, será composta da seguinte forma em sua estrutura básica, sendo todos os colaboradores voluntários e não terão suas atribuições ou cargos alterados durante sua participação na Comissão:

- Diretoria Administrativa;
- 01 (um) Advogado;
- Coordenador de enfermagem;
- Coordenador de Ensino e Pesquisa;
- 06 (seis) colaboradores, sendo 03 (três) da área Administrativa, e 03 (três) da área Assistencial,

Parágrafo único: todos serão convocados pela diretoria administrativa, e a serem denominados nessa Comissão como Agentes de Controle Interno.

§ 1° - O número de Agentes de Controles convidados poderá ser alterado, dependendo da complexidade do nível de cada área a ter seus processos analisados e atualizados.

§ 2° - A Comissão atuará em nível de apoio, com viés consultivo ao Colegiado Executivo;

§ 3° - A função de membro da Comissão é indelegável, e irrecusável, consistindo em encargo de trabalho, sem acréscimo de carga horária e/ou vencimentos e vantagens.

§ 4° - É vedado aos membros da Comissão, direta ou indiretamente, receber qualquer tipo de remuneração pela prestação de serviços de consultoria, assessoria ou quaisquer outros que configure impedimento ou incompatibilidade com as obrigações e responsabilidades de membro da Comissão.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10º – Compete ao diretor administrativo exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Fazer indicações dos componentes da Comissão de Controle Interno;

II - Zelar pelos princípios estabelecidos nas Políticas Institucionais, sobretudo do Sistema de Controle Interno;

III - Estabelecer novas diretrizes, quando necessário;

IV - Dirigir os trabalhos;

V - Manter a ordem e disciplina dos demais membros;

VI - Determinar o encaminhamento das comunicações, deliberações instruções e solicitações, assinando-as;

VII - Estabelecer o calendário anual das reuniões, e convocar os demais membros;

VIII - Resolver as questões de ordem;

IX - Votar sempre por último, sendo que em caso de empate, terá ainda o voto de qualidade; e

X - Autorizar o fornecimento de cópias das atas e processos.

Art. 11 – Compete ao coordenador Administrativo exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Assessorar o Diretoria administrativa nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II - Apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III - Substituir o Diretoria administrativo em suas ausências e impedimentos, bem como, sucedê-lo, em caso de vaga do cargo;

IV - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado;
V - Assinar as deliberações e instruções, juntamente com o Diretoria administrativo;

VI - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e

VII - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 12 – Compete ao coordenador de enfermagem exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Assessorar o Diretoria administrativo nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II - Apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado;
IV - Assinar as deliberações e instruções, juntamente com Diretoria administrativo;

V - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e

VI - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 13 – Compete ao coordenador de Ensino e Pesquisa exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Assessorar o Diretoria administrativo nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II - Apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado;
IV - Assinar as deliberações e instruções, juntamente com Diretoria administrativo;

V - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e VI - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 14 – Ao Advogado, compete:

I - A análise e revisão de todas as normas, procedimentos, manuais ou quaisquer documentos resultantes do trabalho da Comissão de Controle Interno;

II - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado;

III - Emitir parecer prévio das deliberações e instruções, a serem assinadas pelo Diretoria administrativo;

IV - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas;

V - Assessorar a Superintendência nos aspectos técnico-jurídicos; e

VI - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 15 - Aos Agentes de Controle Interno que irão realizar o trabalho operacional, compete desempenhar funções afins e pertinentes ao Controle Interno, de forma permanente ou eventual compreendida por:

I - Orientar e apoiar o Diretoria administrativo, bem como responder às consultas por este formulada;

II - Conhecer, analisar e propor alterações de regulamentos, manuais, processos e procedimentos no que tange aos atos de Controle Interno;

III - Realizar as auditorias, fiscalizações e demais atos de assessoramento no âmbito do controle interno da unidade;

IV - Promover estudos de simplificação e padronização de rotinas de trabalho;

V - Propor modelos estruturais, visando alcançar rendimento sistêmico, com aplicação de princípios e técnicas gerenciais;

VI - Subsidiar o Diretoria administrativo e coordenador Administrativo, de enfermagem, e de Ensino e Pesquisa, nos processos de tomada de decisões através de análises dos problemas submetidos à sua consideração, com o oferecimento de informações e propostas alternativas, objetivas e suas prováveis consequências;

VII - Avaliar continuamente os trabalhos de Controle Interno;

VIII - Colocar em prática as decisões da Comissão de Controles Internos, bem como representa-lo interna e externamente sempre que necessário; e

IX - Comparecer às reuniões quando convocados.

CAPÍTULO VI

DAS PRERROGATIVAS DOS AGENTES DE CONTROLE INTERNO DURANTE OS TRABALHOS

Art. 16 - O Agente de Controle Interno fará a análise dos processos e procedimentos a seu critério e como melhor lhe convier, "in loco" em todos os setores da administração e assistencial desde que determinado pela Comissão e, tendo as seguintes prerrogativas:

I - Livre ingresso nos setores e áreas que compõem a unidade;

II - Acesso a todos os documentos e informações necessários à realização de seu trabalho;

III - Autonomia para requerer, por escrito, aos responsáveis pelos setores ou processos por ele analisados, informações e documentos necessários à instrução dos levantamentos e mapeamentos;

IV - O Agente de Controle Interno deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade.

CAPÍTULO VII

DAS REUNIÕES

Art. 17 – A Comissão reunir-se-á sempre na primeira semana de cada mês.

Parágrafo Único - A Comissão deve reunir-se-á somente com a presença de no mínimo a maioria de seus membros e em horário de expediente na unidade ou local previamente designado.

CAPÍTULO VIII

DA AUTO AVALIAÇÃO

Art. 18 – A Comissão realizará, formal e anualmente, sua auto avaliação, em forma de relatório, abordando as atividades desenvolvidas no período, relatório este que deverá ser submetido ao Colegiado Executivo, que o utilizará de balizador para autocorreção.

CAPÍTULO IX

DAS ALTERAÇÕES

Art. 19 - Este Regimento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros da Comissão entender pertinente, ou mediante edição de novas diretrizes da SES/GO ou demais órgãos de controle.

Art. 20 - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação

Art. 21 – O Diretoria administrativo deverá publicar Portaria Nomeando os Membros da Comissão de Controle Interno em até 30 dias de sua publicação, assim como substituir os membros excluídos no mesmo prazo, contado da data da exclusão.

Santa Helena de Goiás , de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE CONTROLES INTERNOS

Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/23 Março: xx//03/23

Maio: xx//05/23 Julho: xx//07/23 Setembro: xx//09/23 Novembro: xx//11/23
Revisada:xx/xx/23 | Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE CONTROLES INTERNOS
Data: XX/XX/2
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • O que é uma comissão de auditoria? • O que é relatório da Comissão de Auditoria e Controle Interno? • O que é gestão de contratos na administração pública? • Como analisar um contrato de licitação? • Qual o critério determinante na identificação de um contrato administrativo? • Quais serviços podem ser terceirizados na administração pública? • Uso do MV no controle e avaliação dos contratos
Revisada: xx/xx/23 | Assiantura: (RT)

Dos Fluxo

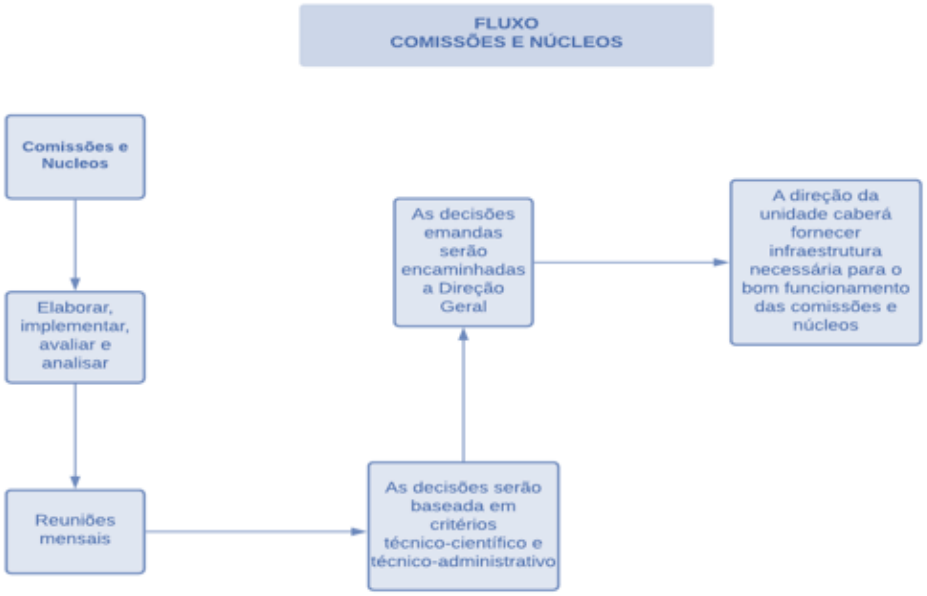


Tabela 9.1.28-8 - Cronograma Anual Do Controle Interno

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Eleição dos membros												
Integrar a Comissão junto à comunidade hospitalar.												
Aprovar e Analisar Regimento Interno da Comissão Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados.												
Normatizar Revisão de Prontuários instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários												

Fiscalizar, o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos.											
Desenvolver atividades de caráter técnico-científico.											
Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade.											
Reuniões mensais											
Entrega de relatórios anuais.											

9.1.28.9Comitê de Processamento de Produtos para Saúde

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Comitê de Processamento de Produtos para Saúde - CPPS do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado foi criado com a finalidade de atender a determinação da Anvisa, pela Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012, que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

Art. 2º O CPPS tem caráter consultivo e deliberativo, diretamente subordinado a Diretoria Geral do **HERSO** em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

Art. 3º O CPPS reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que compõem esta Comissão.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 4º O Comitê de Processamento de Produtos para Saúde - CPPS do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado tem os seguintes objetivos:

- Estabelecer normas e rotinas para o processamento de produtos para a saúde no âmbito hospitalar, bem como prover meios de rastreabilidade em todas as suas etapas.

§ 1º Só podem processar produtos para saúde regularizados junto à Anvisa.

- Assessorar as demandas dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde, visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos, seguindo os requisitos de boas práticas.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 5º A CPPS é constituída por Profissionais da:

Diretoria do Serviço de Saúde.

- Responsável pelo CME (Centro de Material e Esterilização).
- Serviço de Enfermagem.
- Equipe Médica.
- CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar).
- Que integram as demais áreas de gestão de produtos/materiais em saúde, inclusive terceirizados.

Art. 6º Os membros escolhidos para fazer parte do Comitê de Processamento de Produtos para Saúde serão designados através de portaria emitida pela superintendência do **HERSO**.

Art. 7º A comissão elegerá dentre os seus membros, um presidente e um secretário.

Art. 8º A presidência do Comitê de Processamento de Produtos para Saúde deverá ser exercida com experiência na área de gestão de materiais.

Art. 9º O tempo de mandato da CIPPS será por período indeterminado podendo ser alterada conforme definição da Direção do **HERSO**, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 10 É caracterizada a desistência, quando o membro decide por vontade própria retirar-se da Comissão.

Art. 11 Destituição ocorre quando há afastamento definitivo do integrante da CPPS, que se dará por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

§ 1º A destituição ocorrerá na ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 12 Compreende as competências gerais da CPPS:

- Divulgar os objetivos da CPPS.
- Definir os produtos para saúde a serem processados no CME do HU, ou encaminhados a empresas terceirizadas envolvidas no processamento de produtos para a saúde.
- Participar da especificação para a aquisição de produtos para saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no processamento de produtos para saúde pelo CME.
- Estabelecer critérios de avaliação para a contratação de empresas processadoras terceirizadas, de acompanhamento e monitoramento das contratadas, bem como sua reavaliação, sempre que julgar necessário.
- Analisar e aprovar os indicadores para o controle de qualidade do processamento dos produtos propostos pelo responsável pelo CME.
- Manter registros das reuniões realizadas e das decisões tomadas.

Art. 13 Compreende as competências privativas ao Presidente do CPPS:

- Convocar, presidir e coordenar, conforme pauta elaborada pelo mesmo, as reuniões do Comitê. Informar e conduzir as deliberações junto a Superintendência, quando necessário.
- Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas referentes ao CPPS.

Art. 14 Compreende as competências do Secretário do CPPS:

I. Secretariar as reuniões do Comitê de Processamento de Produtos para a Saúde.

II. Ordenar e arquivar documentos do CPPS seguindo critérios de arquivamento pré-estabelecidos.

III. Digitar os documentos pertinentes ao comitê.

IV. Redigir atas das reuniões.

V. Providenciar a cópia de impressos necessários ao desenvolvimento das atividades do comitê.

VI. Desempenhar tarefas afins.

Art. 15 Compreende as competências dos membros efetivos do CPPS:

- Comparecer e participar das reuniões, e justificar quando impedido de comparecer.
- Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas referentes ao CPPS.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 16 O CPPS reunir-se-á ordinariamente, a cada três meses, conforme demanda de atividades, podendo ocorrer reuniões extraordinárias.

§ 1º As reuniões da Comissão serão registradas em ata, que deverá ser arquivada, contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas;

Art. 17 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18 Este regimento poderá ser modificado no todo ou em parte:

Por motivo de alterações na legislação federal conforme a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Por iniciativa do presidente do Comissão de Processamento de Produtos para a Saúde com acordo dos membros do referido comitê e da superintendência do **HERSO**.

Art. 19 Os casos omissos serão decididos pelo Comitê de Processamento de produtos para a Saúde do **HERSO**.

Art. 20 Este regimento entra em vigor na data da sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da unidade

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAUDE
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.
- Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.
- As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.
- Registro no livro da Comissão.

Cronograma de encontros: Agosto: xx//01/23 Setembro: xx//09/23 Outubro xx//01/23 Novembro: xx//11/23 Dezembro: xx//01/23

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAUDE	
Data: XX/XX/23	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Quais são os produtos hospitalares? • O que é utensílios hospitalares? • O que vende em cirúrgica? • Onde comprar produtos hospitalares • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

Dos Fluxos

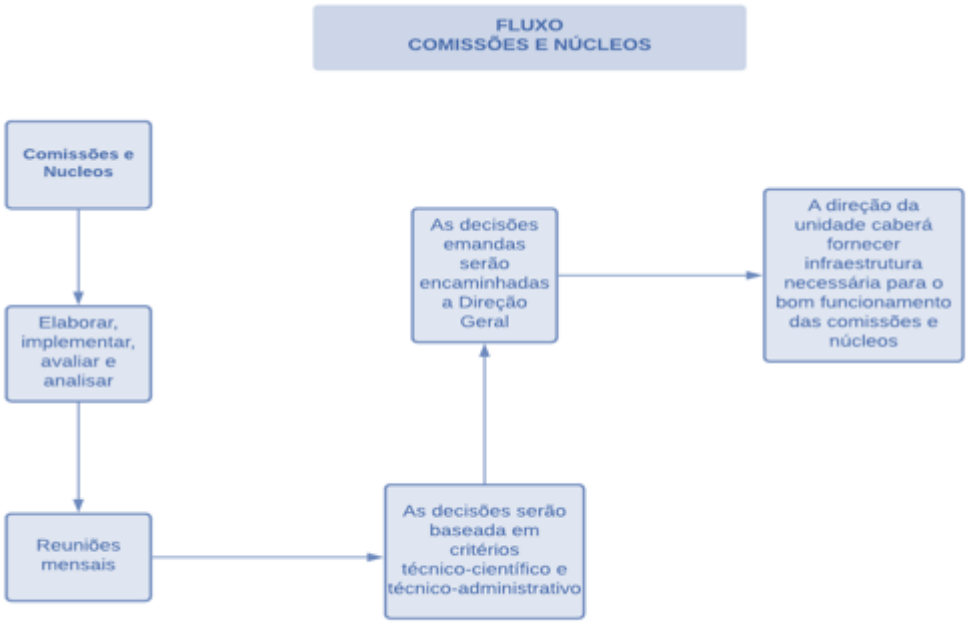


Tabela 9.1.28-9 - Cronograma Anual de Atividade - Processamento de Produtos para a Saúde

ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M
Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a Processamento de Produtos para a Saúde Nomear oficialmente os membros da Comissão. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.												
Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão de Processamento de												

Produtos para a Saúde Realizar reunião ordinária.												
Redigir os formulários de Processamento de Produtos para a Saúde Redigir o formulário de processamento de materiais e equipamentos; Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos Avaliar a exclusão de produtos realizar reunião ordinária.												
Divulgar informações sobre a Processamento de Produtos para Saúde Estabelecer normas para a utilização de produtos de uso restrito e não processados. Realizar reunião ordinária.												
Avaliar e analisar as solicitações de produtos não processados Elaboração de relatório mensal; Divulgação da lista de produtos processados áreas específicas.												
Avaliar e analisar as solicitações de produtos não processados; Elaboração de relatório mensal dos Processamento de Produtos para a Saúde; Realizar reunião ordinária.												

Divulgação da lista de produtos processados para 30% das áreas específicas.										
Avaliar e analisar as solicitações de produtos não processados; Elaboração de relatório mensal do Processamento de Produtos para Saúde; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de produtos processados para 50% das áreas específicas.										
Avaliar e analisar as solicitações de produtos não processados; Elaboração de relatório mensal dae Processamento de Produtos para Saúde; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de produtos processados para 70% das áreas específicas.										
Realizar reunião ordinária. Realizar palestras educativas. Elaboração de relatório mensal de atividades da comissão;										

10 QUALIDADE SUBJETIVA

10.1 O Acolhimento

De acordo com o Ministério da Saúde, acolhimento significa ação técnico assistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, no qual o usuário participa ativamente do processo de produção da saúde. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Realizar a classificação de risco significa avaliar o grau de necessidade do usuário e ordenar o atendimento de acordo com o nível de necessidade e tempo terapêutico.

O Acolhimento com Classificação de Risco que será implantado no **HERSO** é um dispositivo da Política Nacional de Humanização por meio do qual os pacientes são identificados de acordo com o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento, determinando a área de atendimento para qual o paciente deve ser encaminhado, mantendo o paciente e seus familiares informados e descongestionando da Unidade. Para alcançar o objetivo proposto será adotado o "Protocolo de Manchester" e será garantido o Acolhimento com Classificação de Risco para 100% da demanda.

Porta de entrada dos serviços:

1. Serão organizadas de modo a facilitar o processo de trabalho e manter fluxo de funcionamento com consultórios e com a área vermelha;

2. Possuirão consultórios médicos planejados de modo a possibilitar a presença do acompanhante e a individualidade dos usuários, bem como organizados por especialidade com o objetivo de melhor atender a demanda;

3. Possuirão sala de curativo, sutura, medicação e nebulização, de modo que estejam próximas aos consultórios, ao serviço de imagem e que favoreçam o trabalho em equipe. A sala de sutura ficará a mais próxima da entrada para evitar que pacientes com sangramento importante tenham que circular por todo o serviço de forma desnecessária, bem como ter que percorrer grandes distâncias;

4. Os espaços serão caracterizados por cores, para maior clareza e facilidade na compreensão das áreas e seus usos, podendo conter detalhes em faixas, piso, paredes do ambiente, contribuindo também para sinalização;

5. Possuirá sanitários para uso dos pacientes e familiares, longe das áreas amarela e vermelha;

6. Possuirá sinalização e identificação clara dos espaços e os seus usos, através de banner ou quadro informativo na recepção, informando no que consiste a classificação de risco e as quatro cores;

7. Possuirá áreas de apoio para os trabalhadores próximas do espaço de trabalho (copa, conforto, banheiros, etc.).

Áreas de apoio logístico

Nesta área estarão localizados os ambientes para guarda e distribuição de roupas limpas, guarda e distribuição de materiais e equipamentos, conforto e higiene dos trabalhadores, sanitário para visitantes e acompanhantes, entre outros, seguindo as orientações da RDC 50/2002 para a quantificação de cada espaço.

10.1.1 Manual com Indicação das Formas de Notificação, Recepção, Orientação Social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco.

Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais, comtemplando as mudanças na gestão e na atenção ganhando maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Método

As ações caminharão no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde e dos diferentes agentes implicados nestes processos. Podemos falar de um "método de tríplice inclusão": inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co- responsabilidade.

Modo de execução

Inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança.

Modo de fazer: análise coletiva e/ou individual dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises por meio do atendimento em conjunto da equipe de psicologia e serviço social.

Inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal.

Realização de grupos de trabalho humanizado, com escuta focal dos integrantes, desenvolvimento de ações em grupo e terapias para apoio psicossocial diante das necessidades de cada paciente integrante da ação.

Ambiência

Criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas do Hospital **HERSO**.

A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários.

Defesa dos Direitos dos Usuários

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

Com a implementação no **HERSO**, trabalharemos para alcançar resultados englobando as seguintes direções:

Serão reduzidos as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso, e atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de prioridade;

Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços que se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;

O **HERSO** garantirá os direitos dos usuários, orientando- se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sociofamiliar, nas propostas de plano terapêutico, acompanhamento multiprofissional e cuidados em geral;

O **HERSO** garantirá a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente em saúde dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros);

Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde. Tanto no âmbito dos resultados esperados quanto nos processos disparados, busca-se ajustar metodologias para monitoramento e avaliação (articulados aos planos de ação), cuidando para que o próprio processo avaliativo seja inovado à luz dos referenciais no hospital **HERSO** em uma perspectiva formativa, participativa e emancipatória, de aprender-fazendo e fazer-aprendendo.

10.1.1.1Manual para Implantação do Acolhimento dos Usuários

Acolhimento é uma das diretrizes mais importantes da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde - SUS. A mesma é aplicada por meio do diálogo e a troca de saberes entre os profissionais e entre estes e os pacientes e familiares, levando em conta as necessidades sociais, desejos e interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde. O acolhimento possibilita a criação de vínculo e confiança com

as equipes e serviços de saúde, garantindo o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

O acolhimento fundamenta-se em três elementos básicos: acessibilidade, atendimento e humanização. A acessibilidade é o elemento estrutural do acolhimento e engloba a disponibilidade, comodidade, custo e aceitabilidade do serviço pelo usuário, considerando barreiras físicas, disponibilidade em horários que atendam às necessidades dos usuários, existência de transporte coletivo, etc. O atendimento é o elemento processual e implica em resolutividade e responsabilidade da equipe e de cada profissional em sua área de atuação. Depende do conhecimento do problema pelos profissionais, da qualidade da atenção prestada e da corresponsabilização do usuário. A humanização é o elemento que permitirá a real efetivação do vínculo entre profissional, a equipe e a comunidade, tornando as unidades e ambientes mais acolhedores.

Agendamento da primeira consulta será realizado através de encaminhamento de Referência da Rede Primária de Saúde regulada pelo Complexo Regulador Estadual, por meio se sistemas eletrônicos interfaceados. O usuário terá seu seguimento ambulatorial através da utilização de agendamento de consultas por meio de sistema eletrônico interno, sendo que o paciente poderá acompanhar as consultas realizadas e seus agendamentos através de Sistema de Gestão de Consultas na internet, bem como não necessitarão comparecer presencialmente para agendarem suas consultas, recebendo a ligação diretamente da Central de Agendamentos informando o dia e horário de seu atendimento.

Dando continuidade ao acolhimento, na chegada do usuário na porta de entrada, o mesmo se deparará com uma recepção acolhedora, confortável, climatizada e com disponibilidade de internet por *WIFI,* identificações e sinalizações que garantirão o entendimento do usuário sobre quais direções seguir como se locomover dentro da unidade, através de comunicação visual e atendimentos realizados com senhas eletrônicas que demonstrarão o tempo estimado de espera na recepção para o atendimento propriamente dito. A unidade contará com recepcionistas treinados que garantam um atendimento humanizado e resolutivo para todos os usuários e familiares que buscam atendimento na unidade.

Considerando o acolhimento em sua integralidade, toda a equipe de saúde da estará inserida no processo como orientadores de fluxo da instituição e partícipes do acolhimento, estando todos treinados e capacitados para tal atividade dentro da unidade. Após a finalização do atendimento multiprofissional o paciente receberá orientações da equipe de enfermagem e serviço social acerca dos encaminhamentos assistenciais a serem adotados pelo mesmo, sendo direcionado para o seguimento do seu tratamento, seja dentro da própria do **HERSO** seja

através de referência às unidades de saúde terciárias ou contra- referenciado para a unidade básica de origem.

A unidade, em busca de envolver o usuário na gestão dos processos, implantará ferramentas de comunicação para que todos, de forma voluntária através dos totens de pesquisa, ou por meio da pesquisa de satisfação aplicada antes e após os atendimentos, possam se manifestar acerca da qualidade de atendimento do **HERSO** conferindo informações que auxiliarão no desenvolvimento de melhorias na gestão.

Concluindo as ações voltadas para a garantia de um acolhimento humanizado, a unidade realizará avaliações mensais acerca do quantitativo de usuários atendidos, perfil da clientela e horários de pico, visando estruturar planos de melhoria no processo para a eliminação de filas e redução do tempo de espera dos usuários aguardando por atendimento.

Dessa forma, o protocolo de acolhimento contribuirá para o estabelecimento da integralidade, de forma que o serviço assuma sua função de acolher, escutar, dar respostas, deslocando o eixo de seu processo de trabalho para a equipe multiprofissional e tornando as relações profissional-usuário mais humanizadas.

Objetivos

- Ser instrumento capaz de acolher o paciente e garantir um melhor acesso aos serviços, de forma rápida e efetiva;
- Permitir a avaliação dos fluxos assistenciais e perfil de usuários garantindo a organização prévia da agenda de atendimento;
- Implementar sistema eletrônico de gestão que garanta a celeridade no atendimento e a eliminação de filas de espera presenciais;
- Garantir a humanização do atendimento mediante escuta qualificada do paciente em todas as etapas do processo e com o envolvimento de todos os profissionais;
- Classificar, mediante protocolo de comunicação, as queixas dos pacientes visando identificar os pontos de melhoria a serem implementados na instituição;
- Garantir feedback aos usuários acerca das manifestações realizadas nos canais de comunicação da unidade.

Público Alvo

Pacientes oriundos de Unidades Básicas de Saúde localizadas nas cidades pertencentes à Macrorregião Nordeste de Goiás, previamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Equipe Envolvida

Equipe Multiprofissional: motorista, enfermeiro, técnico de enfermagem, equipe médica, equipe multiprofissional, administrativos e profissionais da portaria/recepção.

Processo de Acolhimento

A equipe de Serviço Social e setor de logística do **HERSO** são responsáveis pela estruturação dos fluxos de trabalho relacionados ao transporte dos usuários residentes em cidades do entorno do **HERSO** e que necessitem de transporte público até à unidade.

Os agendamentos ambulatoriais serão gerenciados pela Central de Agendamentos Regional, que realizará a oferta de vagas de primeira consulta e de exames ao Complexo Regulador Estadual através de sistema informatizado, permitindo que usuário escolha o melhor dia e horário para comparecer ao atendimento. Tal fluxo reduz consideravelmente o absenteísmo do paciente, permitindo melhor utilização dos recursos públicos de saúde. As consultas subsequentes ou Inter consultas serão agendadas internamente e informadas aos usuários através de contato telefônico, além de permitir que os mesmos acompanhem os atendimentos e agendamentos através de sistema eletrônico online. Os referidos encaminhamentos internos serão regidos por protocolos clínicos e assistenciais viabilizando que as consultas e procedimentos ofertados sejam efetivamente utilizados por usuários que se encaixem no perfil da unidade e necessitem de fato dessa continuidade no **HERSO**.

No atendimento do balcão, o usuário deverá apresentar documento pessoal e encaminhamento da unidade básica, onde será verificado acerca do agendamento da consulta e/ou exame e receberá a etiqueta de identificação constando dois dados identificadores (Nome completo e Data de nascimento). O recepcionista deverá confirmar a presença do paciente em sistema eletrônico, garantindo a sequência assistencial, bem como deverá aplicar o termo de compromisso que garanta que o paciente se responsabilize em sempre comparecer nas consultas/exames agendados ou os cancele previamente, permitindo que sejam transferidos a outro usuário. Tal conduta garantirá o melhor aproveitamento das consultas e exames ofertados, sendo que o usuário que infringir as normas constantes no referido termo deverá retornar para a rede de atenção básica, perdendo automaticamente sua regulação na unidade.

Em relação aos exames diagnósticos que necessitem de preparo prévio, os mesmos serão disponibilizados através de ferramentas eletrônicas, como o site institucional, e-mail e/ou *WhatsApp*, além da orientação presencial, quando o agendamento for realizado no momento em que o paciente estiver na unidade.

Durante o tempo em que estiver na recepção, o paciente conseguirá visualizar nas televisões o tempo estimado de espera para os atendimentos, bem como, periodicamente, receberá orientações através de palestras multiprofissionais com diversos temas da área da saúde de interesse popular.

O profissional de saúde que realizará o atendimento do paciente, selecionará a senha também através do sistema eletrônico para que o paciente se desloque até o consultório. O atendimento e todas as orientações prestadas ao usuário e familiares deverão ser registradas em prontuário eletrônico, garantindo uma sequência e continuidade assistencial por todos os profissionais, com definição de metas e planos terapêuticos focados nas metas qualitativas e quantitativas de atendimento.

O gestor do ambulatório em conjunto com a equipe assistencial implantará protocolos clínicos de atendimentos, gerenciados através do prontuário eletrônico, que visem a padronização assistencial e garantam a agilidade no processo de tratamento e recuperação, estabelecendo a avaliação dos casos clínicos e a tomada de decisão para casos que permanecerão na Do **HERSO** para sessões de tratamento programado, casos mais complexos de referência para unidades terciárias ou casos mais simples de contra referências para as unidades básicas de origem.

Preconiza-se que os casos dos pacientes devam ser avaliados e direcionados para resolução em no máximo 4 (quatro) consultas ambulatoriais. A diretoria da unidade em conjunto com a equipe assistencial deve buscar constante aprimoramento assistencial, reduzindo o número de consultas de retorno, e garantindo, portanto, um maior número de primeiras consultas ofertadas a novos usuários.

A unidade contará com a implantação de Protocolo de Transporte Intra e Extra Ambulatorial, o qual estabelecerá critérios de avaliação de risco assistencial dos pacientes a serem transferidos para uma unidade de internação terciária, bem como a definição de profissionais e estruturação técnica de veículo de transporte para a realização do translado.

Modelo de Regulação Assistencial

Entendemos que é vital o modelo regulatório assistencial para a ordenação das atividades no SUS, uma vez que os usuários não podem ficar sem a devida orientação de como

e onde sua demanda começará a ser resolvida, sob pena de vermos uma rede de atenção básica pouco resolutiva e com baixa produção e o encaminhamento constante dos usuários para atendimento no **HERSO** podendo sobrecarregar a unidade com casos que poderiam ser resolvidos na atenção básica.

Para tanto, a organização e garantia do acesso do usuário às unidades vinculadas ao Estado serão realizadas através de sistema eletrônico do Complexo Regulador Estadual interfaceados com o sistema de gestão utilizado no **HERSO** permitindo análises e tomadas de decisão em tempo real.

Serão estabelecidos indicadores que demonstrem o resultado das ações implementadas e que através das avaliações e análises críticas permitam a execução de planos de melhoria contínua na unidade.

Ambulatório

Para os consultórios médicos deverão ser disponibilizadas consultas ambulatoriais para usuários egressos do próprio **HERSO**, porém, realizando uma gestão efetiva acerca da quantidade de retornos permitidos para cada usuário e também encaminhados pela Central de Regulação Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório, bem como garantindo a oferta de vagas de primeira consulta para possibilitar o acesso de novos usuários.

O atendimento ambulatorial médico e não médico compreende:

- Primeira consulta de egresso;
- Inter consulta;
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, o agendamento do paciente encaminhado pelo Complexo Regulador Estadual de Saúde pela primeira vez para a unidade.

Entende-se por Inter consulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das Inter consultas.

Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, Fisioterapia sessões de reabilitação, sessões de hemodiálise, Enfermagem e

Fonoaudiologia, os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como consulta subsequente.

As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Saúde.

No **HERSO** será regulada pela Central de Regulação Estadual, sendo referência para as Unidades Básicas de Saúde que tiverem uma situação de urgência ou emergência e necessitarem de internação, podendo estender sua área de abrangência para a Macrorregião.

Além dessa porta referenciada, do **HERSO** disporá de uma equipe de acolhimento que atenderá o usuário que o procurar por iniciativa própria e o orientará como é o caminho correto para a viabilização da consulta requerida.

O paciente, após ter seu atendimento prestado e ter sua situação resolvida ou controlada será referenciado para a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.

A Central de Agendamentos da unidade realizará pesquisa de satisfação após alta ambulatorial e contra referência para a unidade básica de saúde, buscando avaliar a satisfação do cliente após a finalização do seu atendimento na unidade.

Figura 10.1.1-1 - STYLEREF 4 \s 6.1.37 SEQ Figura * ARABIC \s 4 1 - Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Frequência Cardíaca
Inaudível ou abaixo de 80	**********	≥ 140 ou ≤59 bpm Em paciente sintomática
≥ 160 mmHg	≥110 mmHg	≥ 140 ou ≤50 Em paciente assintomática
≥140 mmHg a 159 mmHg com sintomas	≥ 90 mmHg a 109 mmHg com sintomas	91 a 139 bpm
Abaixo de 139 mmHg	Abaixo de 89 mmHg	60 a 90 bpm

Figura 10.1.1-2 - Parâmetros de Avaliação da Glicemia

Glicemia	Valores
Hiperglicemia	Glicemia > 300mg/dl
Hiperglicemia com cetose	Glicemia > 200mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda)
Hipoglicemia	Glicemia < 50mg/dl

Avaliação da dor: (EVA)

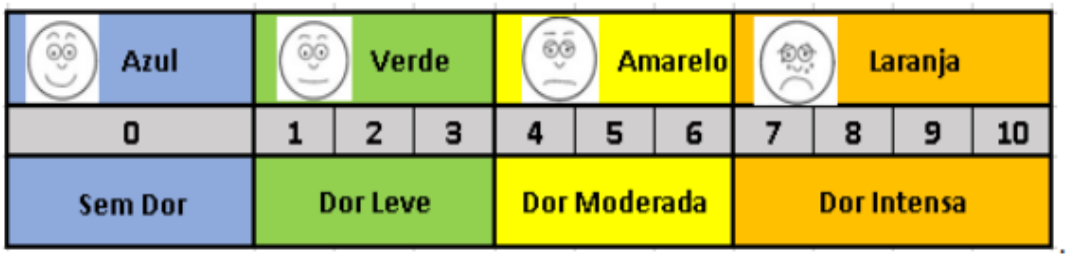
A Escala Visual Analógica – EVA – consiste num instrumento de avaliação subjetiva A EVA pode ser utilizada durante todo o atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizara EVA o enfermeiro deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável.

Dicas de como abordar a paciente:

- Você tem dor?
- Em uma escala de 0 a 10, como você classifica sua dor, considerando como 0 nenhuma dor e 10 a pior dor que você pode imaginar?
- **Observação:**

a) Se não tiver dor, a classificação é **zero**;
b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é **4 a 6**;
c) Se for intensa, seu nível de referência é **7 a 10**.

Figura 10.1.1-3 - Escala Visual Analógica EVA



Fluxogramas de CR:

1. Desmaio / mal-estar geral;

2. Dor abdominal / lombar / contrações uterinas;

3. Dor de cabeça, tontura, vertigem;

4. Falta de ar;

5. Febre / sinais de infecção;

6. Náuseas e vômitos;

7. Perda de líquido vaginal / secreções;

8. Perda de sangue via vaginal;

9. Queixas urinárias;

10. Parada / redução de movimentos fetais;

11. Relato de convulsão;

12. Outras queixas/pacientes encaminhadas de outras unidades sem referenciamento.

Figura 10.1.1-4 - Passos da Classificação de Riscos

Classificação de Risco: passos
1. Avaliar nível de consciência / estado mental
2. Verificar ventilação e circulação / dados vitais
3. Avaliar a dor
4. Avaliar sinais e sintomas
5. Considere os fatores es de risco

Figura 10.1.1-5 - Desmaio / Mal-Estar Geral

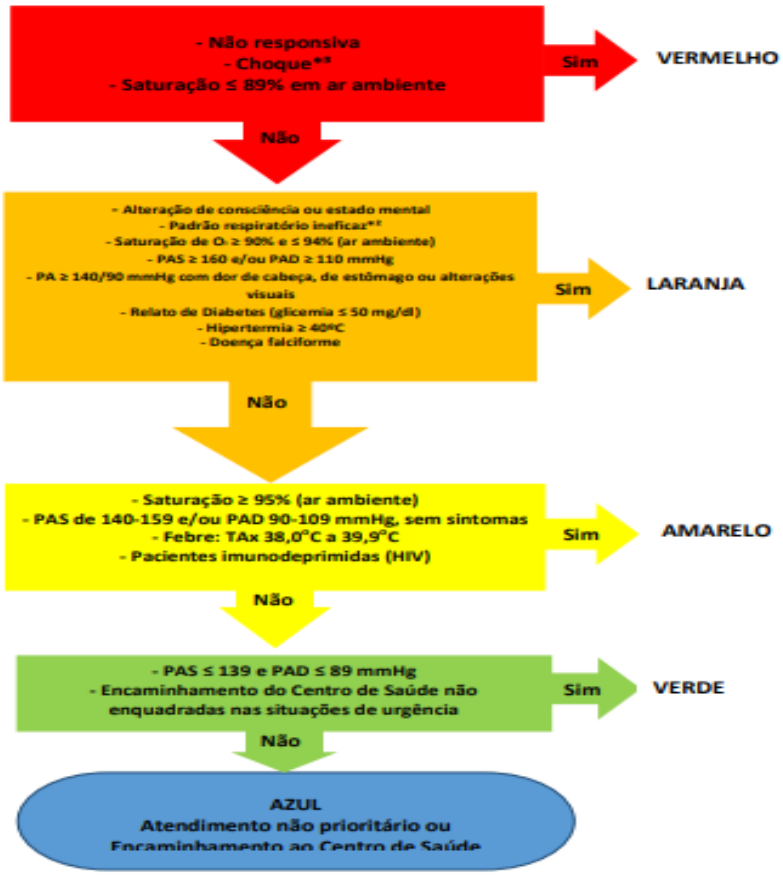
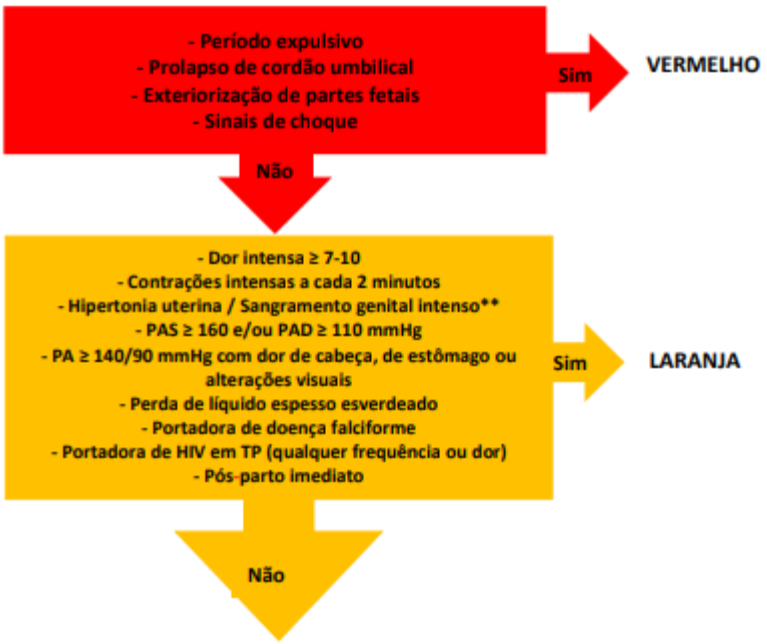


Figura 10.1.1-6 - Dor Abdominal/Lombar/Contrações Uterinas



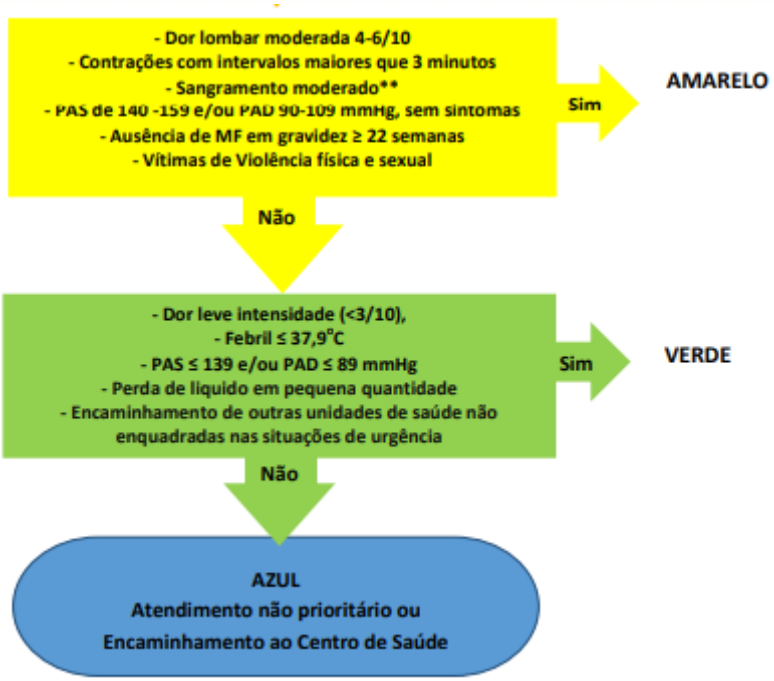

- Dor lombar moderada 4-6/10
- Contrações com intervalos maiores que 3 minutos
- Sangramento moderado**
- PAS de 140 -159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas
- Ausência de MF em gravidez ≥ 22 semanas
- Vítimas de Violência física e sexual
Sim
AMARELO
Não
- Dor leve intensidade (<3/10),
- Febril ≤ 37,9°C
- PAS ≤ 139 e/ou PAD ≤ 89 mmHg
- Perda de liquido em pequena quantidade
- Encaminhamento de outras unidades de saúde não enquadradas nas situações de urgência
Sim
VERDE
Não
AZUL
Atendimento não prioritário ou
Encaminhamento ao Centro de Saúde

Figura 10.1.1-7 - Dor De Cabeça / Tontura / Vertigem

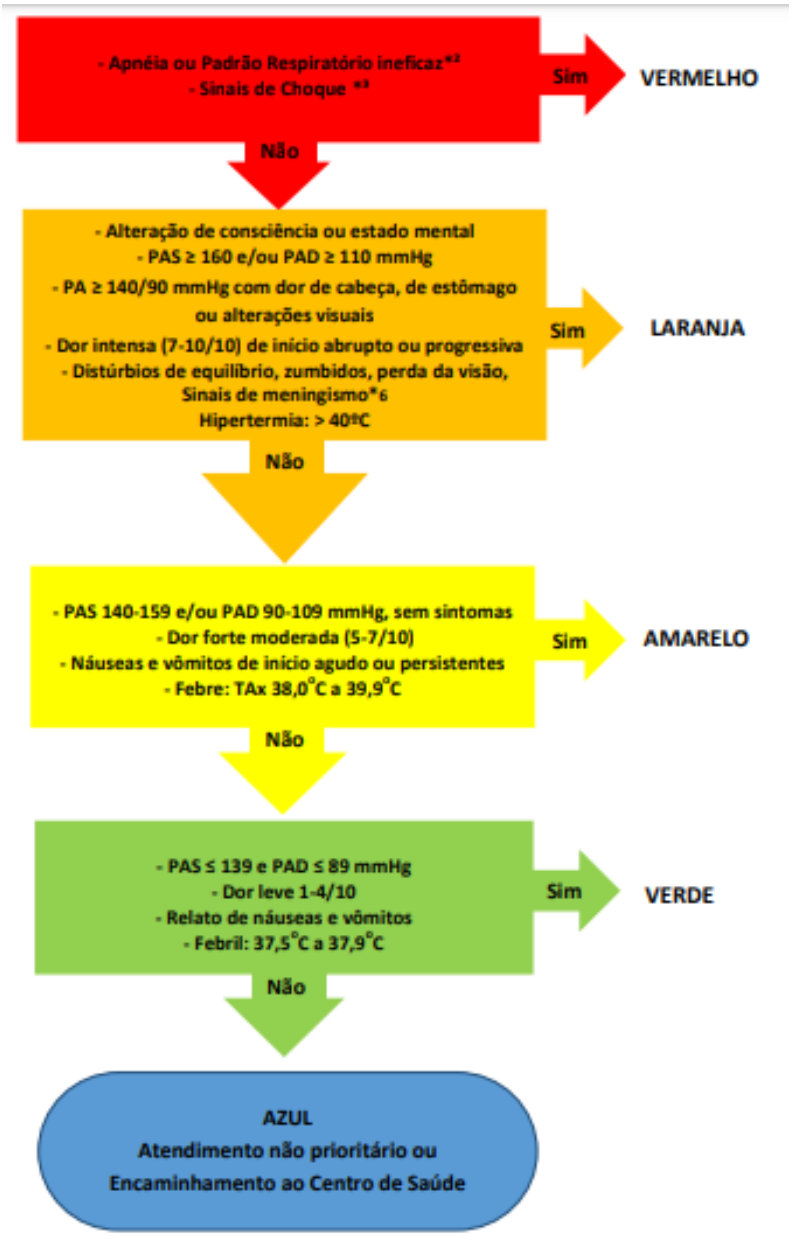


Figura 10.1.1-8 - Falta de Ar/Sintomas Respiratórios

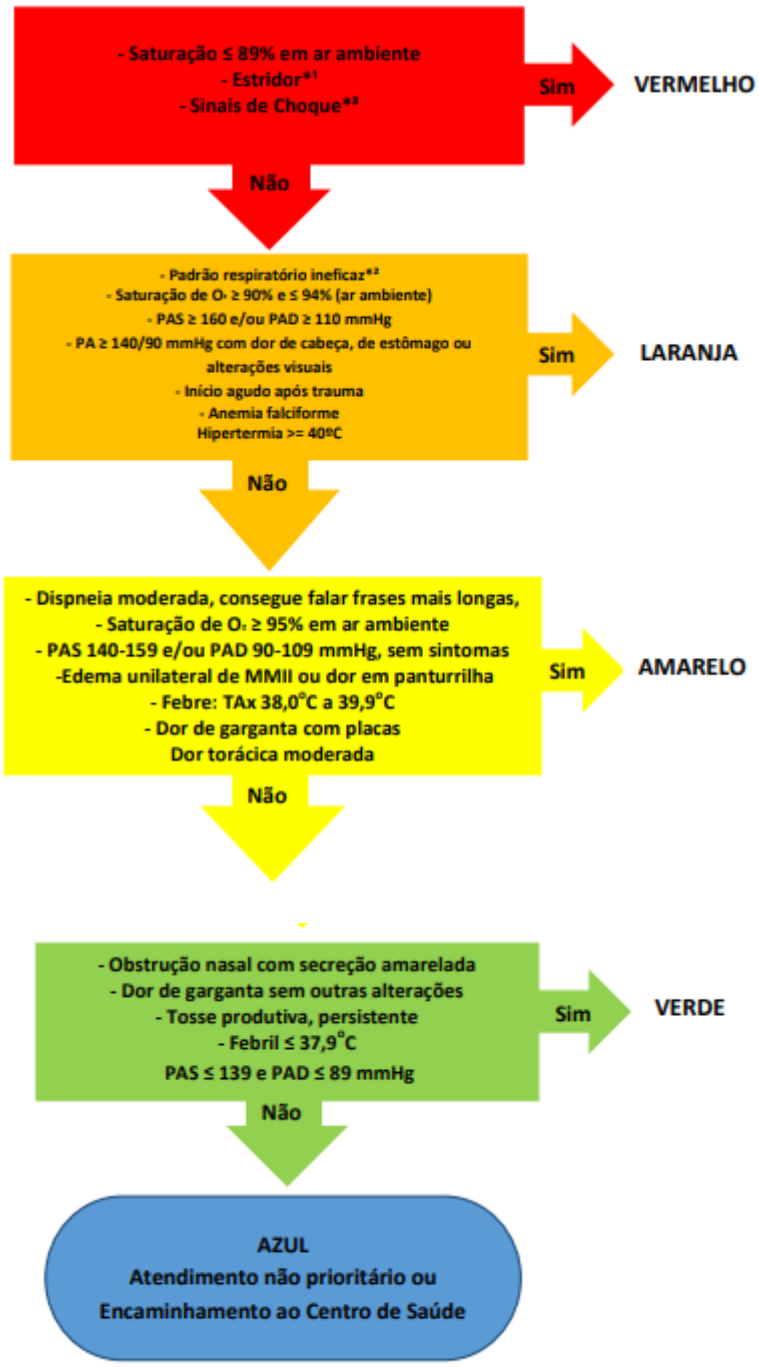


Figura 10.1.1-9 - Febre/Sinais De Infecção

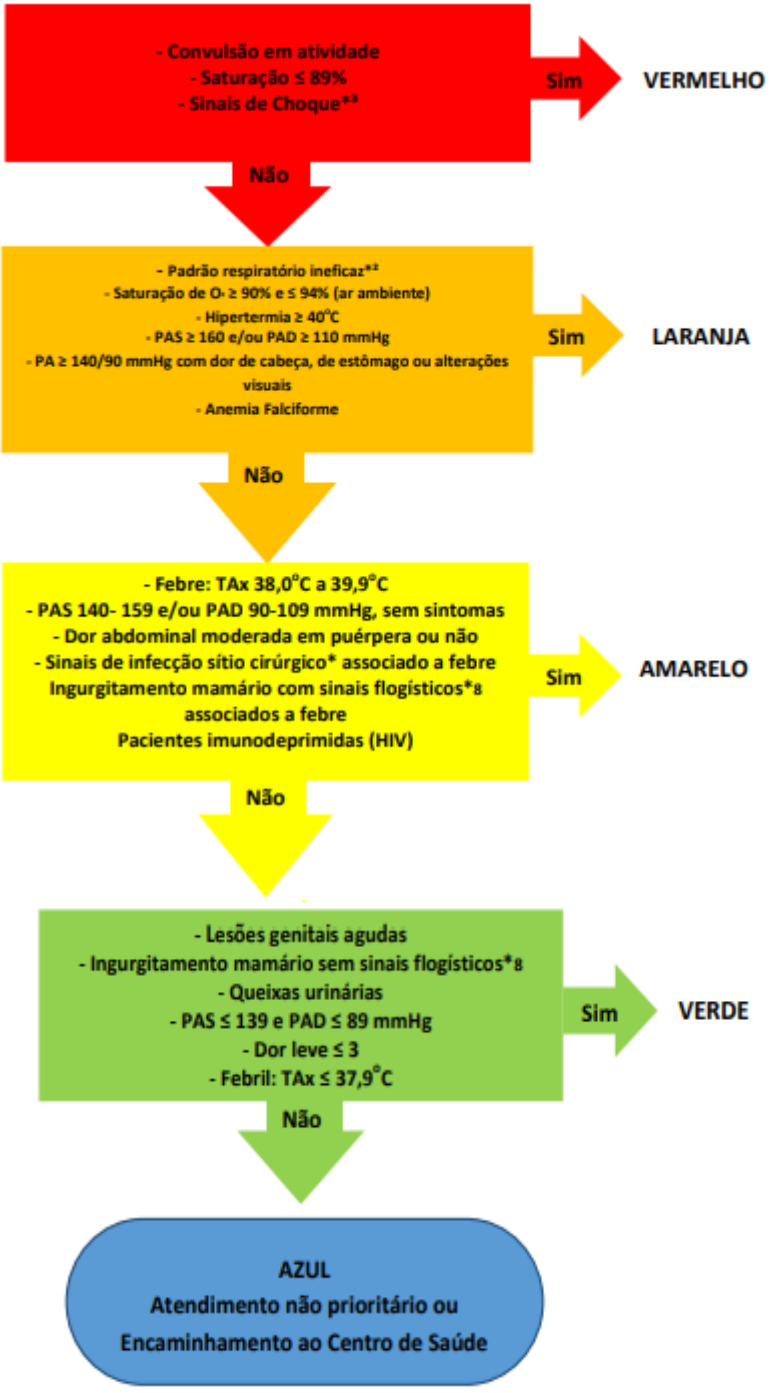


Figura 10.1.1-10 - Náuseas e Vômitos

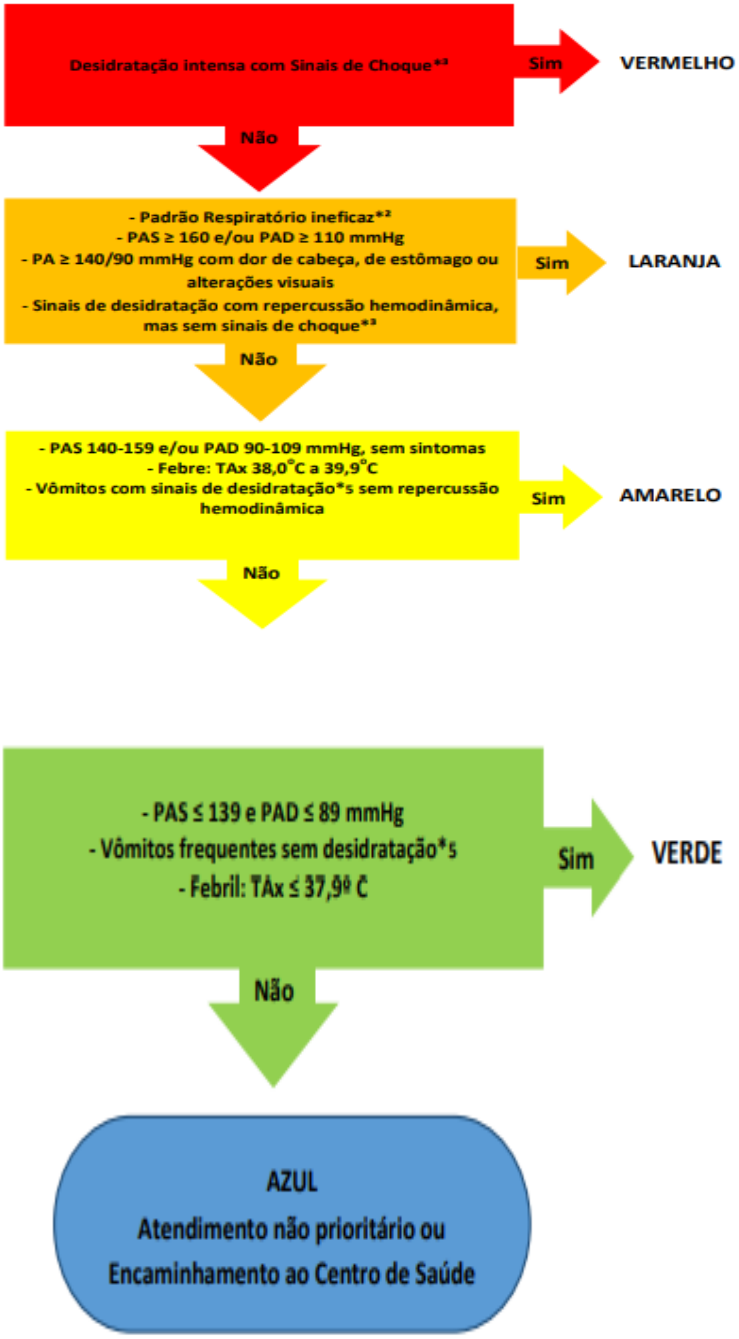


Figura 10.1.1-11 - 10 Queixas Urinárias

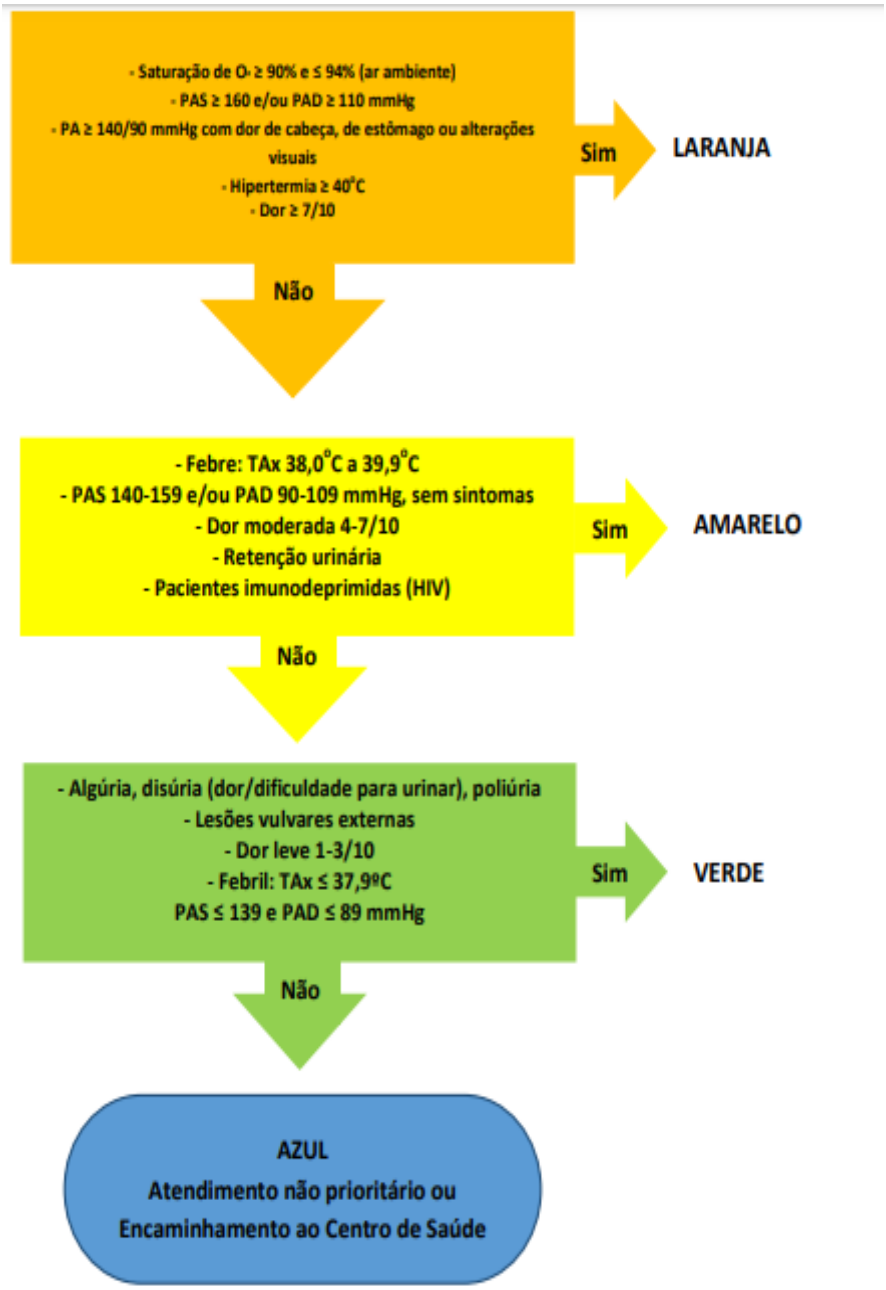


Figura 10.1.1-12 - Relato De Convulsão

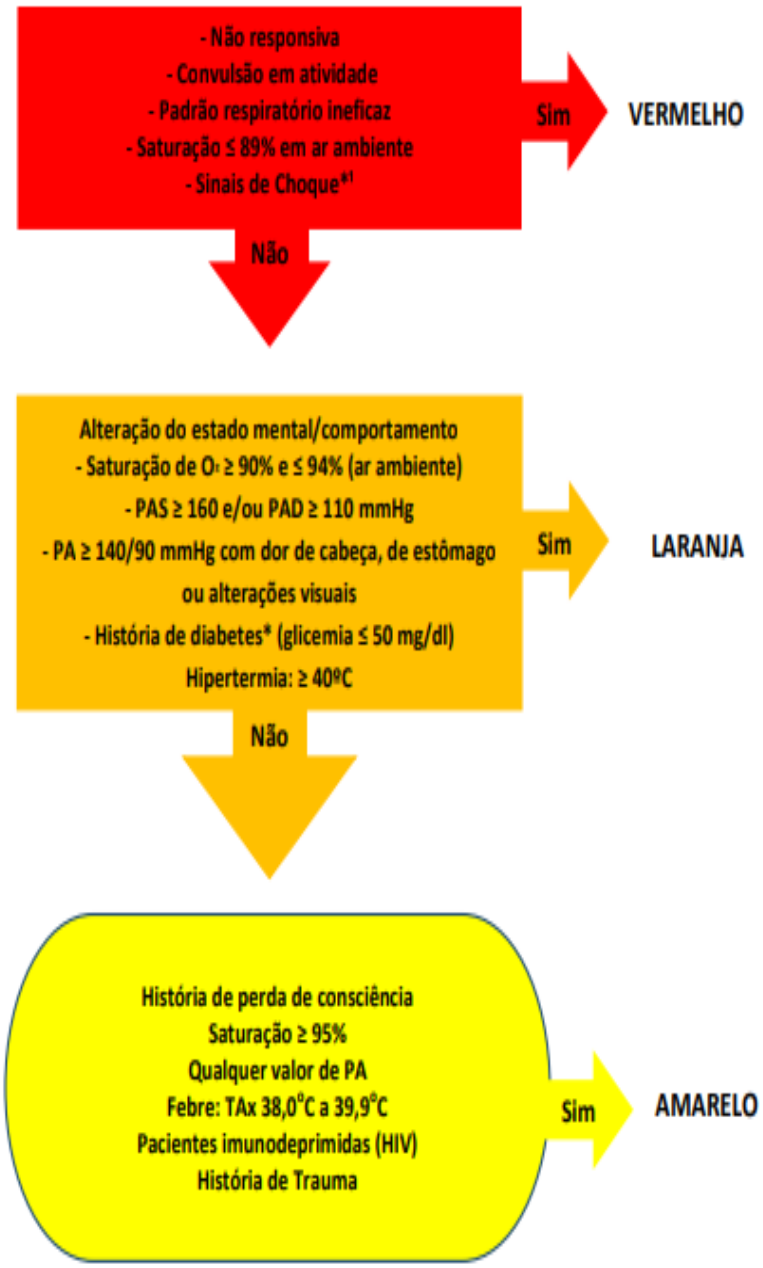
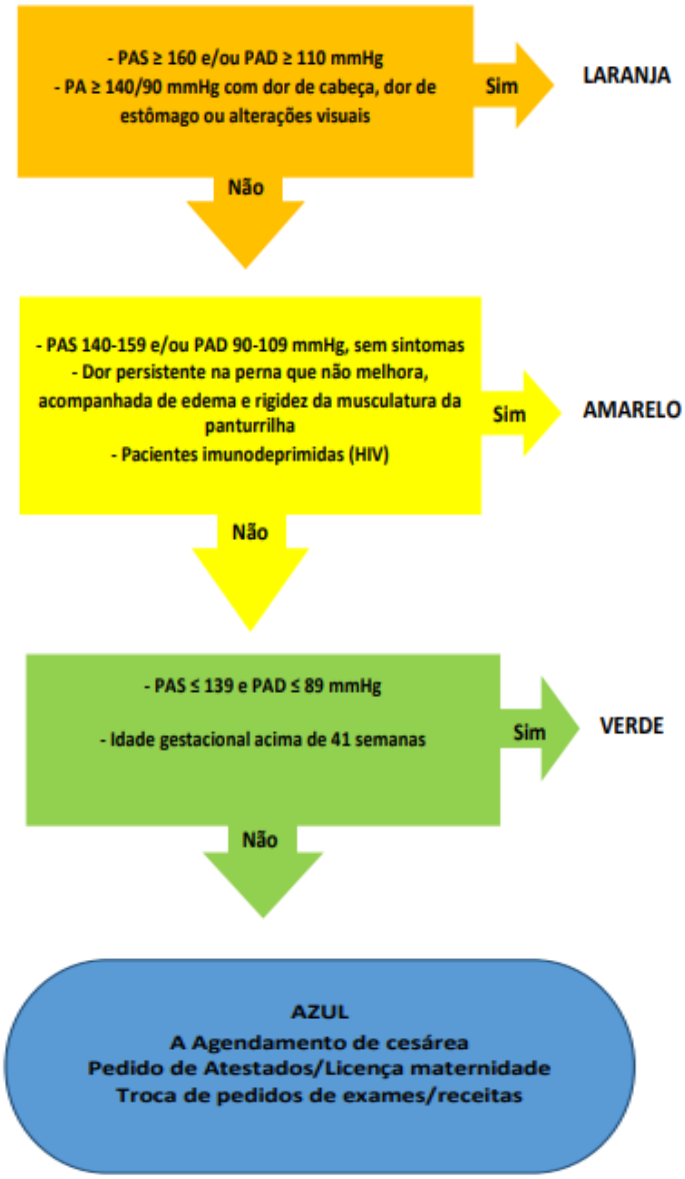


Figura 10.1.1-13 - Outras Queixas/Pacientes Encaminhadas De Outras Unidades Sem Referenciamento



- Estridor laríngeo: som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea.
- Padrão respiratório ineficaz: gasping, dispneia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose.
- Sinais de choque: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg) Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência.
- Sinais flogísticos: Dor, calor, rubor e edema.

- Sinais de desidratação: hipotensão, taquicardia, turgor da pele eficiente, preenchimento capilar lento, choque.
- Sinais de meningismo: rigidez de nuca, fotofobia, dor de cabeça.

10.1.1.2 Fluxo de Atendimento Após a Classificação de Risco a Serem Implantados no **HERSO**

a) **Pacientes classificados como vermelhas** (atendimento médico imediato)

Atendimento destes pacientes se dá diretamente na sala de Emergência, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato.

b) **Classificação Laranja** (atendimento médico em até 15 minutos)

O atendimento destes pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira, atentando para prioridade do atendimento, ou, caso a estrutura física da unidade favoreça, diretamente no Centro obstétrico, pois seu potencial risco demanda o atendimento por profissionais o mais rápido possível.

As medidas de suporte a vida deverão ser iniciadas sem qualquer ponto de atenção da rede.

c) **Classificação Amarela** (atendimento médico em até 30 minutos)

O atendimento destes pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira, atentando para prioridade do atendimento.

d) **Classificação Verde** (atendimento médico em até 120 minutos)

Por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidos por ordem de chegada.

e) **Classificação Azul** (atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação)

Os encaminhamentos para o Centro de Saúde devem ser pactuados no território de forma a garantir o acesso e atendimento da usuária pela equipe multiprofissional neste serviço.

Caso não haja está pactuação com a atenção primária e/ou a usuária se recusar a procurar o serviço de referência deverá ser garantido o atendimento no hospital.

Indicadores Gerais:

Propõe-se que sejam avaliados, entre outros, o seguinte indicador:

- Tempo de espera (chegada do paciente até a classificação, classificação até o atendimento até o atendimento médico) e de permanência de acordo com a classificação
- Observações Gerais: Alguns grupos de pacientes devem ser considerados como situações especiais. São eles: (Idosos, deficientes físicos, deficientes mentais, acamados, pacientes com dificuldade de locomoção, gestantes, algemados, escolta dos envolvidos em ocorrência policial, vítimas de abuso sexual e os pacientes que retornam em menos de 24h após alta hospitalar), estes pacientes devem receber atenção especial da equipe da Classificação de Risco e, dentro do possível, a sua avaliação deve ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento.

10.1.1.3 Normas e Rotinas para o Atendimento na Sala de Acolhimento com Classificação de Risco

O cliente será acolhido e submetido à classificação de risco, pelo enfermeiro, que priorizará o atendimento por gravidade do caso e não por ordem de chegada, como preconizado n Portaria GM-MS nº 1.863/03 e conforme Protocolo de Classificação de Risco adotado pelo **HERSO**.

A **Enfermagem**, através do Enfermeiro e do Técnico de Enfermagem deverá:

- Receber cordialmente o paciente e realizar sua classificação com base no Protocolo de Classificação de Risco da Unidade;
- Aferir os sinais vitais e registrar, o atendimento realizado, na ficha de atendimento;
- Encaminhar o paciente para atendimento médico conforme a classificação de risco indicado;
- Encaminhar os casos classificados como não urgentes (pacientes azuis) ao serviço social para referenciamento às unidades da Rede de Atenção Básica.

Médico Plantonista deverá:

- Adotar o Protocolo de Classificação de Risco da Unidade e realizar anamnese, examinar, definir conduta e/ou referenciar o paciente a outros serviços;

- Encaminhar o paciente para a Sala Vermelha e realizar procedimentos de estabilização do quadro, nos casos indicados;
- Encaminhar o paciente ao leito, no caso de permanência em observação, de acordo com a hipótese diagnóstica da admissão;
- Solicitar exames laboratoriais e outros, caso seja necessário;
- Realizar pequenos procedimentos previstos (colocação de aparelho gessado, suturas, drenagens de abcessos, dentre outros);
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento no ato da admissão

Assistente Social deverá:

- Prestar orientação social e apoio psicossocial;
- Informar os usuários quanto aos ESF disponíveis na comunidade e orientá-los quanto ao tipo de atendimento oferecido e a utilização destes;
- Fazer o agendamento e encaminhamento aos equipamentos assistenciais de saúde/sociais previamente identificados, conforme a classificação de risco identificada.

A Psicologia deverá:

- Promover acolhimento e suporte emocional aos pacientes e familiares;
- Identificar motivações e dificuldades na adesão ao tratamento proposto pela equipe;
- Auxiliar na compreensão e assimilação da condição clínica, diagnóstico e tratamento;
- Identificar e fortalecer recursos de enfrentamento;
- Realizar preparação psicológica para cirurgia;
- Auxiliar a equipe multiprofissional no cuidado integral ao paciente;
- Auxiliar no processo de cuidados paliativos;
- Realizar preparação psicológica para alta hospitalar.

10.1.1.4Orientação do Quadro Clínico dos Pacientes Internados:

É responsabilidade do médico assistente e/ou plantonista passe aos visitantes informações sobre o estado geral do paciente.

O enfermeiro responsável pela unidade deverá prestar informações sobre o cuidado e os procedimentos realizados durante a internação dele.

Procedimentos Gerais:

Da Portaria / Recepção

- Receber cordialmente os visitantes;
- Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotina de visitas e/ou acompanhamento no hospital;
- Conferir a listagem de pacientes internados, para verificar a enfermaria e o leito de cada um deles;
- Caso o visitante compareça fora do horário de visita, informara o enfermeiro responsável pela unidade ou Serviço Social, solicitando o envio da autorização de acesso;
- No caso de visita extra, além do crachá, o visitante deverá receber uma via da autorização de acesso emitida pelo Serviço Social;
- Identificar o visitante: no caso de visita em horário estabelecido anotar os dados de todos os visitantes, para cada paciente internado no "Controle de Visitas Normais"; no caso de substituição de visita extra (horário diferenciado autorizado pelo enfermeiro Responsável ou acompanhado pelo assistente social após contato prévio com a enfermagem), anotar os dados no "*Controle de Visitas Extras*";
- Após a identificação do visitante, entregar o crachá correspondente ao leito onde o paciente está internado;
- Encaminhar os visitantes a Recepção, para liberação da entrada;
- Indicar a localização de cada enfermaria a ser visitada;
- Após o horário de visita verificar se todos os crachás de Identificação foram devolvidos;
- Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estar em drogadas, com roupas inadequadas (saia curta, decote grande, bermuda, etc.);
- Não permitirá entrada de aparelhos eletro/eletrônicos, salvo se devidamente autorizado formalmente pela Coordenação de Enfermagem;
- Conferir permanentemente o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que está sendo visitado;

- Fazer rondas ostensivas durante o horário de visitas, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de visitantes em locais não autorizados a eles;
- Controlar a saída dos visitantes, recolhendo os respectivos crachás;
- Verificar, na saída, se algum visitante não portar o crachá, buscar o motivo da não utilização do mesmo;
- Não permitir a saída de visitantes portando crachás, equipamento ou material, a menos que o visitante possua autorização expressa para tal;
- Impedir a saída de qualquer paciente internado, sozinho ou com o visitante;
- Somente permitirá entrada de visitantes nas dependências do Hospital devidamente identificados com o crachá adequado ao local da visita correspondente;
- Informar aos visitantes que o Hospital não se responsabiliza pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, joias e outros) nas dependências do Hospital.

Do Visitante:

- Seguir as normas e rotinas previstas e as orientações oferecidas pelos colaboradores do Hospital;
- Utilizar permanentemente o crachá de identificação, trazendo-o à altura do peito, em local bem visível;
- O visitante deverá **devolver o crachá ao sair do hospital;**
- Não fumar nas enfermarias e corredores;
- Não trazer alimentos, pois a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde de cada cliente;
- Não é permitida a entrada de alimentos nas enfermarias, para impedir a proliferação de insetos e evitar as infecções que eles trazem;
- Lavar as mãos e seguir demais recomendações da CCIIH;
- Não manusear os aparelhos, a não ser que seja solicitado ou autorizado por alguém da equipe médica ou de enfermagem;
- Cuidar de sua higiene pessoal, para evitar a contaminação no ambiente hospitalar;
- Não interferir no tratamento do paciente, pois a equipe do Hospital estará sempre fazendo o melhor para ele;

- Respeitar os direitos dos outros doentes, especialmente os que estão internados no mesmo ambiente;
- Sair das dependências do Hospital dentro dos horários previstos nesta Norma.

Da Equipe de Enfermagem:

- Recepcionar os visitantes com respeito, realizando as devidas orientações sobre a rotina da unidade;
- Orientar sobre a higienização das mãos e demais recomendações da CCIH;
- Explicar aos visitantes como devem comportar-se durante a permanência ao lado dos pacientes;
- Informar sobre os pertences pessoais que podem permanecer junto aos pacientes;
- Contribuir com o fluxo de revezamento dos visitantes;
- Esclarecer as dúvidas dos visitantes dentro de sua área de competência;
- Informar e orientar a família sobre os cuidados que estão sendo prestados aos pacientes internados;
- Relatar aos seguranças sobre algum tumulto ocorrido e outras situações adversas ao sistema de segurança;
- Encaminhar, diariamente, até às 13h, uma relação atualizada dos pacientes internados com os seus respectivos leitos.

Dos Médicos Assistentes:

- Informar sobre o Quadro clínico dos pacientes que acompanha;
- Explicar sobre o uso dos medicamentos utilizados pelo paciente;
- Orientar sobre os procedimentos pós-alta do Hospital;
- Prestar outras informações que auxiliem na recuperação dos pacientes.

Das Orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH:

- Lavar as mãos antes e após contato com o paciente e/ou utensílios de uso pessoal;

- Não ingerir alimentos nos postos de enfermagem, enfermarias e/ou corredores do Hospital;
- Não circular pelas dependências do Hospital;
- Não sentar no leito do paciente;
- Não realizar visitas quando apresentar doenças como: resfriado, febre, dor de garganta, lesão em pele, etc.;
- Não é permitido o uso de ventiladores no Hospital.

10.1.2 Proposta e Metodologia de Instrução com Definição de Horários, Critérios e Medidas e Controle de Riscos para Visitas aos Usuários

Finalidade:

Estabelecer procedimentos para controlara entrada de visitantes para os pacientes internados.

Âmbito de Aplicação:

Todos os colaboradores, pacientes, visitantes e, principalmente, aos setores de enfermagem, recepção e as portarias do **HERSO**.

Fundamentação Legal:

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1998, Título VIII – Da Ordem Social (art. 1 a 232) – Seguridade Social;
- Lei nº 8.069, de 13/07/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);
- Lei nº 8.080, de 19/09/1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS);
- Lei nº 10.741, de 01/10/2003 – (Estatuto do Idoso);
- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde/2006.

Direito à Visita:

Todo paciente internado tem o direito de ser visitado diariamente, nos horários previamente determinados, como a seguir:

Tabela 6.35-1 – Horário e número de visitantes:

Unidade De Internação	Horário	Nº Máx. De Visitantes
Enfermarias de Internação	15h às 16h	03
Observação	15h às 16h	03

Observação:

Os esclarecimentos / notificações feitas aos familiares pelos médicos deverão ser realizadas em sala própria destinada para tal finalidade e nos horários previamente estabelecidos.

Acesso de Visitantes:

Critérios para liberação da entrada:

- Estar na Portaria do Hospital no horário de visita;
- Ser maior de 12 anos;
- Não estar trajando roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, minissaia, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga etc.);
- Não estar portando gêneros alimentícios;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
- Não estar fumando;
- Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado;
- Portar o crachá adequado ao leito onde o paciente encontra-se internado;
- Estar com calçado fechado;
- Portar o crachá (fornecido pela portaria) à altura do peito em local bem visível.

10.2 O Atendimento

10.2.1 Proposta de Implantação de Orientações quanto às Formas de Acomodação e Conduta para os Acompanhantes, com Ênfase aos de Usuários Idosos, Crianças, Adolescentes e Portadores de Necessidades Especiais conforme Previsão da Legislação Vigente.

Durante o atendimento multidisciplinar no momento da admissão do usuário, caberá ao enfermeiro a avaliação da necessidade de acompanhamento dos pacientes e solicitar à família a presença do mesmo durante o período de internação;

O serviço social será acionado em casos de desinteresse da família e/ ou responsáveis legais em fornecer acompanhante; tais como: pacientes sem identificação, portadores de doenças psiquiátricas bem como outras condições incapacitantes.

A equipe de enfermagem das unidades de internação será comunicada em casos com a necessidade de acompanhamento e a avaliação e liberação será realizada via sistema, garantindo que a mesma informação seja seguida por todos os setores envolvidos, desde a assistência até a portaria da unidade.

O serviço de Portaria irá verificar via sistema para todos os acompanhantes a cada entrada no hospital a autorização de acompanhante;

Todos os visitantes e acompanhantes serão orientados sobre horário de trocas de acompanhante, proibição de uso roupas curtas, decotadas e transparentes;

Fica vedada a entrada de bolsas, malas, bem como armas, cigarros, bebidas e alimentos.

Fica vedada a entrada de acompanhantes menores de 18 anos, gestantes, maiores de 60 anos ou incapazes, salvo com autorização formal por parte da equipe de enfermagem responsável pelo paciente;

Pacientes com necessidades especiais serão avaliados pela equipe de enfermagem para proceder à autorização de acompanhante extra. Essa particularidade deverá ser comunicada à portaria via sistema.

Normas para Pacientes e Acompanhantes

I. É proibido fumar nas dependências da Unidade, inclusive no estacionamento;
II. É proibido usar os telefones da unidade;
III. É proibido entrar nas dependências das unidades portando medicamentos, alimentos ou bebidas;
IV. É proibido sentar na cadeira/ leito dos pacientes;
V. É vedada a entrada de aparelhos eletrônicos como notebook, tablet, radio e etc.;

VI. É proibida a circulação de pacientes e acompanhantes em locais onde o paciente não está sendo atendido;
VII. É proibido o ministrar medicamentos aos pacientes, pois os mesmos serão oferecidos pela equipe de enfermagem;
VIII. É proibido o uso de roupas curtas, decotadas ou transparentes, pois aumenta o risco de infecção;
IX. Após as refeições, todos os utensílios devem ser entregues à copeira;
X. Após o atendimento no leito-dia todo o enxoval deverá ser entregue;
XI. Os pacientes idosos, menores de 18 anos ou incapazes terão direito a um acompanhante durante a internação no hospital-dia.

Todos os pacientes e acompanhantes deverão ser orientados quanto ao descarte correto de resíduos no momento da geração.

Informações para Acompanhantes:

- O usuário terá direito a 01 (um) acompanhante a ser solicitado pela enfermagem, havendo necessidade.
- Será permitida a permanência de acompanhante mediante a autorização feita em sistema próprio, preenchida pelo (a) enfermeiro (a) supervisor.
- Pessoas com mais de sessenta (60) anos de idade, gestantes e portadores de deficiência que não apresentarem boas condições de saúde, não poderão ser acompanhantes de seus pacientes.
- Só é permitido acompanhante com idade a partir de dezoito (18) anos de idade e com condições adequadas de saúde.

O Ministério da Saúde, a partir da responsabilidade inerente ao gestor federal, desenvolve estratégias e ações para melhorar o atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS, mediante a adoção de mecanismos inovadores que venham possibilitar a participação dos usuários nesse sistema, com o intuito de promover sua consciência sanitária, afirmar o direito à saúde e consolidar o SUS.

Informações para Visitantes de Enfermarias:

- Será permitida a entrada de visitantes nas enfermarias maiores de doze (12) anos de idade acompanhados do seu responsável;
- Visitantes maiores de 60 (sessenta) anos, que apresentam problemas de saúde, deverão estar acompanhados de um familiar;

- Não será permitido que o visitante circule em outras alas e enfermarias além daquela que o paciente está internado.

10.2.1.1 Proposta de Implementação da Ouvidoria vinculada a SES, com Pesquisa de Satisfação

A participação popular é um instrumento que estimula o empoderamento e a cogestão, uma vez que há o incentivo à comunicação e às relações promotoras de mudanças entre os atores que contribuem para a produção de saúde. Embora o SUS contemple em seus atos normativos espaços consolidados de participação do cidadão, é necessário que haja o aumento da capilaridade desse princípio tanto interna - quanto externamente no âmbito de estruturas já existentes.

"Essa capilarização pode ser consolidada, por exemplo, através da reafirmação das ouvidorias como instâncias participativas e aptas a fomentar o sentido coletivo de cidadania na execução dos seus serviços" (MACHADO; BORGES, 2017).

Sobre O Serviço de Atendimento ao Usuário

Ouvidoria é um mecanismo que favorece a comunicação dos usuários com a instituição, apoiada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Política Nacional de Humanização (PNH). Surge como uma estratégia na consolidação desta nova cultura nas instituições de saúde como um dos pontos abordados pelo PNH. Destacando que a humanização busca a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), como eixo estruturante das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS. Assim sendo, entendemos que a Ouvidoria é um instrumento para o fortalecimento da cidadania e do trabalho interdisciplinar apoiado num processo pedagógico, educativo e propositivo.

A atividade da Ouvidoria se caracteriza por receber do usuário suas dúvidas, sugestões, possíveis críticas e elogios. Além disso, diagnostica e agiliza mudanças pertinentes a demanda recebida, ou mantém determinadas condutas visando garantir e ampliar a qualidade do atendimento prestado aos cidadãos. O trabalho da Ouvidoria consiste, portanto, em possibilitar ao usuário do serviço o exercício da cidadania através da transparência na realização das ações dentro das instituições públicas, proporcionando a cada cidadão dar o seu parecer a respeito do atendimento, sendo ele positivo ou negativo. Assim sendo, podemos entender a ouvidoria como um agente permanente em defesa da cidadania e por isso deve se instrumentalizar de conhecimentos multidisciplinares para poder enfrentar o complexo desafio

de representar o usuário dentro de uma instituição, com o objetivo de aprimorar o relacionamento entre a instituição e o usuário.

Na prestação do serviço de atendimento ao usuário, o **INSV**, propõe a implantação do Serviço de Ouvidoria, que prestará informações a respeito do atendimento aos pacientes e acompanhantes, além de ser o setor dedicado ao registro, encaminhamento e retorno das demandas desses usuários. Assim, a Ouvidoria do **HERSO** será uma célula de trabalho de apoio para a administração, responsável por atender queixas, sugestões, críticas e elogios dos usuários, objetivando melhorias tanto na qualidade de assistência quanto nas relações de trabalho. Assim sendo, constitui-se em um canal de comunicação imparcial, democrático e ético da unidade e os usuários do serviço de saúde que, de forma humanizada permeia o diálogo e promove a melhoria dos processos de trabalho.

A implementação da Ouvidoria do **HERSO** irá encontrar suas bases nos princípios do SUS de democratização, envolvimento, e da desburocratização institucional e também na Política Nacional de Humanização – PNH, do Ministério da Saúde do Brasil.

O Pacto pela Saúde estabelece diretrizes operacionais por meio dos seus componentes pela vida, em defesa do SUS e de gestão. No Pacto de Gestão, uma das ações apontadas para o fortalecimento da participação e do controle social é o apoio à implantação e à implementação de ouvidorias nos municípios e nos estados, com vistas ao fortalecimento das gestões estratégicas do SUS.

Nessa perspectiva, o Pacto pela Saúde, documento enunciador da Política Nacional de Saúde desde o ano de 2006, efetiva-se como parte da consolidação do SUS, com o objetivo de promover e viabilizar instrumentos de gestão para aprimorar e qualificar o atendimento aos cidadãos brasileiros. O Pacto redefine as responsabilidades de cada gestor, seja ele, federal, estadual ou municipal, por meio da adesão ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), e estabelece metas e compromissos de forma a suprir as necessidades de saúde da população, com garantia de integralidade e equidade, obedecendo aos princípios e às diretrizes do SUS.

Nesse contexto, essa diretriz do Pacto de Gestão vem sendo cumprida por meio da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (Participa SUS), de responsabilidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), ampliando e fortalecendo a participação da comunidade. A Participa SUS imprime a gestão estratégica e participativa no sistema de saúde, com a adoção de práticas e mecanismos inovadores que favorecem avanços tanto para a gestão quanto para o controle social do SUS.

Assim, é de fundamental importância a criação de canais democráticos de informação e de escuta da população em geral, com espaço de recepção das manifestações dos cidadãos, para melhor qualificar a gestão do SUS, nos três níveis de governo.

Horário de Funcionamento:

O serviço de Ouvidoria funcionará de 2ª a 6ª feira das 07h às 11h30min e das 13h30min às 17h.

Art. 1 - Finalidades:

- Introduzir a voz do usuário dentro do hospital constituindo assim o controle social na instituição;
- Melhorar a gestão administrativa, aprimorar a qualidade de atendimento prestado no **HERSO** através de seus profissionais, estrutura e funcionamento;
- Servir como ferramenta no processo de gestão visando à descentralização administrativa e o desenvolvimento dos postulados democráticos no interior da instituição;
- Interpretar os dados de cada atendimento para propor a modificação de alguns serviços e, em outras vezes, contribuir na formulação de novas políticas públicas, ou até mesmo o replanejamento do processo de trabalho, promovendo uma reflexão por parte do profissional envolvido na situação.

Para tanto o **INSV** buscará atender a Portaria nº 2.416, de 07 de novembro de 2014, que: "Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições", conforme descrito abaixo:

Art. 2º - Os serviços de ouvidoria do SUS têm como objetivo o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS.

Art. 3º - A organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS observarão as seguintes diretrizes:

I - Defesa dos direitos da saúde, visando contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência;

II - Reconhecimento dos cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito;

III - Objetividade e imparcialidade no tratamento das informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias recebidas dos usuários do SUS;

IV - Zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas dos usuários do SUS;

V - Defesa da ética e da transparência nas relações entre administração pública e os cidadãos;

VI - Sigilo da fonte quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade; e

VII - Identificação das necessidades e demandas da sociedade para o setor da saúde, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão.

Art. 4º Os serviços de ouvidoria do SUS serão estruturados nos âmbitos Federal, Distrital, Estadual e Municipal.

Parágrafo único. Os serviços de ouvidoria do SUS poderão ser estruturados no âmbito de ouvidorias gerais, de acordo com a oportunidade e conveniência dos respectivos entes federativos.

Art. 5º Compete aos serviços de ouvidoria do SUS no âmbito de cada ente federativo:

I - Analisar, de forma permanente, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, recebidos por meio de sugestões, denúncias, elogios e reclamações relativas às ações e serviços de saúde prestados pelo SUS;

II - Detectar, mediante procedimentos de ouvidoria, as reclamações, sugestões, elogios e denúncias, para subsidiar a avaliação das ações e serviços de saúde pelos órgãos competentes;

III - Encaminhar as denúncias aos órgãos e unidades da Secretaria de Saúde ou congêneres para as providências necessárias;

IV - Realizar a mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante;

V - Informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde;

VI - Informar os direitos e deveres dos usuários do SUS; e

VII - Elaborar relatórios contendo subsídios que contribuam para os gestores do SUS solucionarem, minimizarem e equacionarem as deficiências do SUS identificadas e apontadas pelo cidadão.

Art. 6º Os gestores de saúde deverão utilizar os dados dos serviços de ouvidoria do SUS como ferramenta para o estabelecimento de estratégias da melhoria das ações e dos serviços de saúde prestados pelo SUS.

Art. 7º Com a finalidade de melhor proteger os direitos fundamentais dos cidadãos, os serviços de ouvidoria deverão, sempre que possível, atuar em cooperação com os órgãos e entidades de defesa dos direitos do cidadão.

Desta forma o **INSV** garantira que o setor já existente possa contemplar uma estrutura com profissionais, devidamente treinados pela Secretaria de Estado da Saúde, no sistema OUVIDORSUS, com as atribuições de atendimento presencial, e coleta diária de reclamações no sistema, que deverão ser encaminhadas para os respectivos departamentos, para coletar informações e responde-las em tempo hábil.

A Ouvidoria do **HERSO** terá características próprias, a saber:

Eixos Organizacionais:

Os eixos organizacionais da Ouvidoria do hospital estão assim constituídos:

Organização Burocrática:

Esse eixo visará à desburocratização das ações da Ouvidoria melhorando o fluxo de papéis, otimizando o processamento da demanda com o objetivo de diminuir o tempo entre a entrada da demanda e sua resolução. Com base nisso, será pensado um fluxograma como instrumento para refletir as ações que devem ser implementadas. Assim sendo, haverá avanços significativos neste eixo no que diz respeito ao processamento imediato da demanda (contatos telefônicos, resposta imediata aos e-mails, entre outros).

Será realizado um mapeamento identificando quais setores demoram em responder as solicitações e assim serão construídas estratégias individuais com cada um deles.

Organização da Estrutura:

Esse eixo visa pontuar as questões de infraestrutura que diretamente afetam o processo de trabalho como: falta de equipamento, espaço físico, entre outros.

Organização Técnico-Política:

Esse eixo pressupõe o arranjo institucional no espaço de saberes constituído pelos conhecimentos que fazem parte do processo de produção de saúde, no desejo de mudanças e na busca de um trabalho e uma gestão mais humanizada.

Está relacionado aos grupos instituídos que se operacionalizam entre si, nos movimentos que ocorrem entre eles e do poder exercido pelos diferentes setores.

Organização da Comunicação Social:

Este eixo terá como finalidade conscientizar/sensibilizar os usuários, tanto internos quanto externos, do papel da Ouvidoria como um espaço de participação social com o objetivo de legitimar a Ouvidoria como um instrumento de cidadania, dignidade, respeito e acessibilidade aos serviços de saúde.

Organização de Intervenção das Demandas:

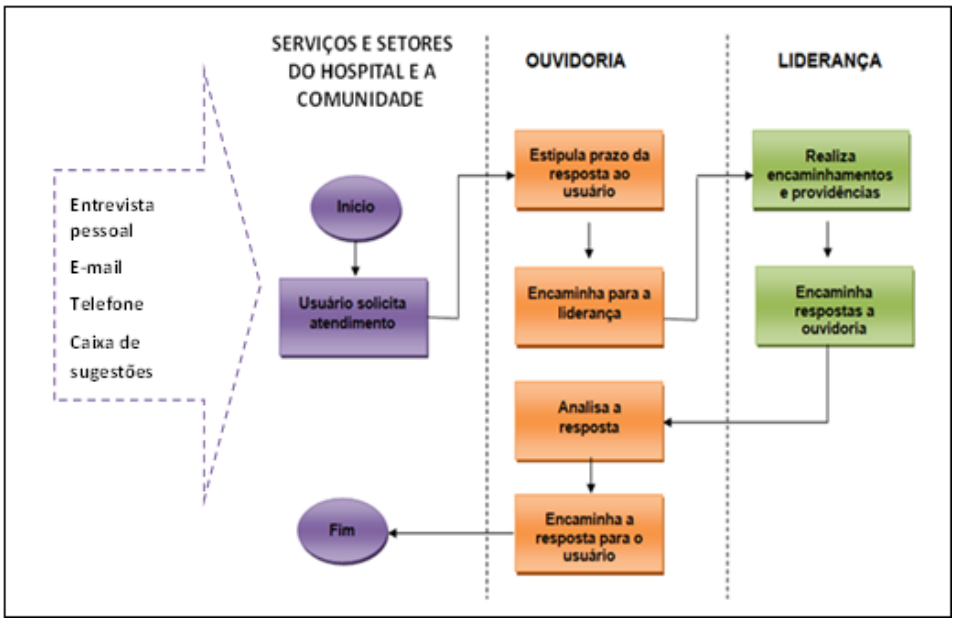
Esse eixo tem como objetivo construir estratégias que diminuam o prazo entre o recebimento da demanda e a devolução do resultado ao usuário. Desta forma, a estratégia construída consiste no primeiro momento em levantar o total de demandas com a mesma característica de cada serviço/disciplina com atenção a frequência de casos. Em um segundo momento, a Ouvidoria buscará soluções e parcerias junto a cada setor, firmando acordo para esses casos de forma que os reincidentes que procurarem a ouvidoria sejam encaminhados diretamente às referidas áreas.

Organização do Arranjo Institucional e seus Atores e Sujeitos:

Esse eixo terá como objetivo a construção da relação formal e informal da Ouvidoria com os atores e sujeitos que constituem a instituição. Para o desenvolvimento de um trabalho adequado a Ouvidoria necessita da junção desses poderes, ou seja, é preciso que a Ouvidoria tenha um significado (um motivo para existir) não só para a Diretoria Geral como também para os setores/sujeitos que fazem parte do hospital.

Portanto, esse eixo tem como objetivo a atuação interna da Ouvidoria nos diferentes espaços institucionais (Fórum dos Ambulatórios, das Unidades de Internação, Reunião de Avaliação de Desempenho, e um trabalho conjunto com a Qualidade) para construir dentro desses espaços, conjuntamente com os sujeitos, um sentido para Ouvidoria buscando vencer suas próprias resistências.

Figura 10.2.1-1 - Fluxograma do Atendimento:



Processo de Tramitação Interna:

- Registro: Todas as manifestações recebidas serão registradas pela Ouvidoria.
- Análise/Encaminhamento**:** As informações serão analisadas e encaminhadas aos respectivos coordenadores dos serviços.
- Posicionamento**:** Os coordenadores dos serviços envolvidos deverão informar a Ouvidoria das ações tomadas.
- Acompanhamento**:** O trâmite será acompanhado e monitorado, respeitando-se os prazos previstos
- Resposta: A Ouvidoria recebe o retorno das manifestações com as informações das providências adotadas. Caso seja necessário, a manifestação poderá ser encaminhada para esclarecimentos adicionais.
- Informe: O usuário é informado sobre a providência adotada, devendo a Ouvidoria zelar para que o retorno ocorra dentro do prazo estabelecido.
- Arquivo: Todas as informações obtidas durante o processo serão arquivadas no momento em que o usuário receber o retorno.
- Prazo dos Retornos: Zelar por um prazo não superior a 04 (cinco) dias úteis para que os responsáveis encaminhem à Ouvidoria as respostas referentes aos registros efetuados. Em caso de retardo não justificável, solicitar providências junto à direção e

dar a resposta ao usuário no prazo não superior a 10 (dez) dias úteis, a contar da data do registro, desde que o interessado identifique-se fornecendo o endereço/telefone.

Tabela 6.45-2. Avaliação clínica do grau de desidratação

MODELO DE INFORMATIVO PARA ENTREGAR AOS ACOMPANHANTES	
Horário de Funcionamento:	De segunda à sexta-feira, das 07h às 13h30min e das 13h30min às 17h
O que é?	A Ouvidoria é um serviço que preza pelos direitos fundamentais do cidadão, sendo um instrumento oficial e facilitador na comunicação formal entre o usuário e o Hospital.
Para que serve?	Para os usuários apresentarem elogios, sugestões e críticas como também esclarecer dúvidas.
Como funciona?	A Ouvidoria recebe as manifestações e encaminha para as chefias dos setores responsáveis, cobrando soluções e respondendo ao usuário dentro de um prazo previamente estabelecido.
Como proceder?	Os elogios, sugestões, denúncias ou reclamações, poderão ser feitos das seguintes formas: Contato Pessoal; Telefone/Fax; Internet; Caixas de Sugestões espalhadas pela Instituição; Formulário de Avaliação do Usuário (entregue no momento da alta Hospitalar e nos Atendimentos Ambulatoriais, onde os usuários poderão expressar sua opinião em relação aos diversos serviços oferecidos).

Pesquisa de Opinião Ambulatorial

A pesquisa de opinião a seguir será solicitada a todos os pacientes internados e a pelo menos 40% dos atendimentos no Pronto Atendimento.

A pesquisa estará disponível junto às Caixas de Sugestões e também será utilizada quando a pesquisa for feita através de telefone.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL "A sua opinião é muito importante para nós! Nos ajudará a melhorar cada vez mais o atendimento aos usuários do SUS. Pedimos um minuto da sua atenção para saber o que você achou dos nossos serviços"		
Nome completo (opcional): Fone: e-mail: Unidade/setor em que foi atendido(a): Data e horário do atendimento:_____/____/____às_____horas		
Para melhor lhe atender responda por favor!	**Sim**	**Não**
Sentiu-se bem recebido(a), acolhido(a)?		
As instalações estavam adequadas e limpas? A espera, os banheiros, o quarto etc.? Detalhar abaixo, se desejar.		
Houve facilidade de acesso aos diversos setores?		
O ambiente estava limpo e em ordem? A espera, os banheiros, corredores, quarto etc.		
Houve rapidez no atendimento?		
Houve cortesia e profissionalismo?		
As informações foram transmitidas corretamente?		
Exames realizados foram entregues em tempo hábil?		

Ao procurar este Hospital você tinha uma imagem idealizada sobre ele. Após o atendimento, as expectativas foram atendidas?		
Comentários/Sugestões: _____ _____ Contatos do **HERSO** (e-mail e telefone) *Obrigado!*		

Pesquisa De Opinião Para Paciente Internado

A pesquisa poderá ser respondida pelo usuário no momento da alta, se o desejar, ou através de contato telefônico do SAC posteriormente.

TAD | PÁG. 01/02	TAD00034/VERSÃO 00:OUT/2019	PRODUZIDO POR CONTEÚDO

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

NOME:	PRONT.:	DN: / /	SEXO: ☐ M ☐ F
☐ PACIENTE ☐ ACOMPANHANTE ☐ COLABORADA (PACIENTE=ACOMPANHANTE)	UNIDADE:		DATA: / /

1.ACOLHIMENTO

CRITÉRIOS AVALIADOS	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	N/A
GENTILEZA E ATENÇÃO					
AGILIDADE NO ATENDIMENTO					
CLAREZA NAS INFORMAÇÕES					
OBSERVAÇÕES:					

2.ASSISTÊNCIA

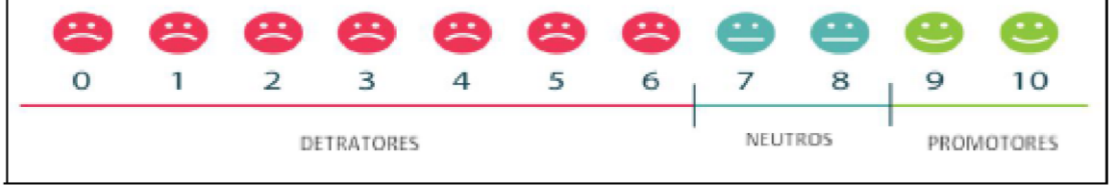
CRITÉRIOS AVALIADOS	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	N/A
GENTILEZA E ATENÇÃO					
IDENTIFICAÇÃO/APRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO					
RESPEITO À INTIMIDADE FÍSICA E À PRIVACIDADE DO PACIENTE					
RESPEITO AOS HORÁRIOS DE DESCANSO DO PACIENTE					
ESCLARECIMENTO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO					
CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPE					
CONFIANÇA E SEGURANÇA NO TRATAMENTO RECEBIDO E NAS INFORMAÇÕES DISPONIBILIZADAS					
OBSERVAÇÕES:					

3.SERVIÇOS PRESTADOS

CRITÉRIOS AVALIADOS	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	N/A
ACESSO AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HOSPITAL					
ACOMODAÇÕES DA INSTITUIÇÃO					
LIMPEZA DO AMBIENTE					
ENXOVAL RECEBIDO					
ALIMENTAÇÃO					
LOCOMOÇÃO DENTRO DO AMBIENTE HOSPITALAR					
OBSERVAÇÕES:					

4.NET PROMOTER SCORE - NPS

EM UMA ESCALA DE 0 A 10, O QUANTO VOCÊ RECOMENDARIA NOSSO HOSPITAL PARA UM AMIGO/PARENTE/FAMILIAR, CASO HAJA UMA NECESSIDADE?



PESQUISADOR

ASSINATURA E CARIMBO:

TAD | PÁG. 02/02	TAD00034/VERSÃO 00:OUT/2019	PRODUZIDO POR CONTEÚDO

PESQUISA DE SATISFAÇÃO | CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO

1.ACOLHIMENTO - AVALIA O ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA PORTARIA E RECEPÇÃO EM RELAÇÃO À:	
CRITÉRIOS AVALIADOS	
GENTILEZA E ATENÇÃO	COMO FOI O ATENDIMENTO DESTES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À GENTILEZA E ATENÇÃO? ATENDERAM BEM? COM ATENÇÃO DURANTE A ESCUTA? FORAM GENTIS? FORAM EDUCADOS?
AGILIDADE NO ATENDIMENTO	COMO FOI O ATENDIMENTO DESTES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À RAPIDEZ NO ATENDIMENTO? PASSOU MUITO TEMPO AGUARDANDO? DEMOROU PARA SER ATENDIDO? DEMOROU DURANTE O ATENDIMENTO?
CLAREZA NAS INFORMAÇÕES	COMO FOI O ATENDIMENTO DESTES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À CLAREZA DAS INFORMAÇÕES? HOUVE O ENTENDIMENTO DAS INFORMAÇÕES? A LINGUAGEM FOI APROPRIADA?

2.ASSISTÊNCIA - AVALIA A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, A SABER: MÉDICOS, ENFERMEIROS, TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, FISIOTERAPEUTAS, FARMACÊUTICOS, NUTRICIONISTAS, FONOAUDIÓLOGOS, PSICÓLOGOS, TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, ASSISTENTES SOCIAIS EM RELAÇÃO A:	
GENTILEZA E ATENÇÃO	COMO FOI O ATENDIMENTO DESTES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À GENTILEZA E ATENÇÃO? ATENDERAM BEM? COM ATENÇÃO DURANTE A ESCUTA? FORAM GENTIS? FORAM EDUCADOS?
IDENTIFICAÇÃO/APRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO	A PARESENTAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS PROFESSIONAIS FOI ADEQUADA? OS PROFISSIONAIS USAM CRACHÁ? APRESENTAM-SE DE FORMA CLARA E COMPREENSÍVEL? IDENTIFICAM-SE PELO NOME E PROFISSÃO?
RESPEITO À INTIMIDADE FÍSICA E À PRIVACIDADE DO PACIENTE	COMO FOI O COMPORTAMENTO DA EQUIPE EM RELAÇÃO AO RESPEITO À INTIMIDADE FÍSICA E PRIVACIDADE DO PACIENTE? NOS PROCEDIMETNOS COM EXPOSIÇÃO DA INTIMIDADE DO PACIENTE, HOUVE A UTILIZÇÃO DE CORTINAS, BIOMBOS, LENÇÓIS E OUTROS INSTRUMENTOS QUE GARANTISSEM SUA PRIVACIDADE? SENTIU SUA INTIMIDADE E PRIVACIDADE RESPEITADAS? OBSERVOU QUE A EQUIPE MANTEVE SIGILO SOBRE SUAS INFORMAÇÕES PESSOAIS?
RESPEITO AOS HORÁRIOS DE DESCANSO DO PACIENTE	COMO FOI O ATENDIMENTO DESTES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AO RESPEITO AOS HORÁRIOS DE DESCANSO DO PACIENTE? HOUVE ALGUM INCÔMODO/BARULHO DESNECESSÁRIO NO HORÁRIO DE DESCANSO (00:00 ÀS 04:00)?
ESCLARECIMENTO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO	COMO FOI O ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE EM RELAÇÃO AO ESCLARECIMENTO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO? RECEBEU INFORMAÇÕES OBJETIVAS, CLARAS E COMPREENSÍVEIS SOBRE SUA DOENÇA, DIAGNÓSTICO, EXAMES E PROCEDIMENTOS E ORIENTAÇÕES PARA ALTA? OS PROFISSIONAIS ESCLARECERAM SUAS DÚVIDAS?
CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPE	COMO FOI O ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS PRESTADOS? A HIGIENE FOI ADEQUADA? AS MEDICAÇÕES FORAM BEM ADMINISTRADAS (HORÁRIO, CUIDADOS)? FOI ATENDIDO DE PRONTIDÃO NAS INTERCORRÊNCIAS?
CONFIANÇA E SEGURANÇA NO TRATAMENTO RECEBIDO E NAS INFORMAÇÕES DISPONIBILIZADAS	OS PROFISSIONAIS TRANSMITEM CONFIANÇA E SEGURANÇA NO REPASSE DAS INFORMAÇÕES E TRATAMENTO OFERTADO? O PACIENTE SENTIU-SE SEGURO NO HOSPITAL?

3.SERVIÇOS PRESTADOS	
ACESSO AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HOSPITAL	HOUVE DEMORA EM REALIZAR EXAMES E PROCEDIMENTOS? HOUVE CANCELAMENTO DE EXAMES E/OU PROCEDIMENTOS? FILA DE ESPERA NA PRÓPRIA UNIDADE (CIRURGIAS ELETIVAS).
ACOMODAÇÕES DA INSTITUIÇÃO	AS INSTALAÇÕES FÍSICAS DO HOSPITAL SÃO ADEQUADAS E CONFORTÁVEIS (ILUMINAÇÃO, FRIO/CALOR, BARULHO)?
LIMPEZA DO AMBIENTE	O AMBIENTE É HIGIENIZADO COM FREQUÊNCIA? A INSTITUIÇÃO MANTÉM O AMBIENTE LIMPO (ENFERMARIA, BANHEIRO, HOSPITAL COMO UM TODO)?
ENXOVAL RECEBIDO	HÁ TROCA FREQUENTE DO ENXOVAL? É LIMPO? O TAMANHO É ADEQUADO?
ALIMENTAÇÃO	A ALIMENTAÇÃO OFERTADA É ADEQUADA QUANTO À QUANTIDADE E QUALIDADE?
LOCOMOÇÃO DENTRO DO AMBIENTE HOSPITALAR	O TRANSPORTE INTERNO ATENDE EM TEMPO HÁBIL? (LOCOMOÇÃO PARA ADMISSÃO NA ENFERMARIA, REALIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS).

NPS
CRITÉRIOS AVALIADOS
OS USUÁRIOS CONFEREM UMA NOTA, NUMA ESCALA DE 0 A 10, CONSIDERANDO TODA A SUA JORNADA NO HOSPITAL, CLASSIFICADOS COMO PROMOTORES, NEUTROS E DETRATORES. CONFORME AS NOTAS DO NPS, OS SERVIÇOS PODEM SER CLASSIFICADOS EM QUATRO ZONAS: ZONA DE EXCELÊNCIA – ENTRE 76 E 100; ZONA DE QUALIDADE – ENTRE 51 E 75; ZONA DE APERFEIÇOAMENTO – ENTRE 1 E 50; ZONA CRÍTICA – ENTRE 0 E 100.

10.2.1.2Proposta de Implementação do Sistema de Contra Referência para serviços do SUS

O sistema de Referência e Contra Referência de casos, visa a assistência integral às necessidades de saúde da população.

Entende-se por referência o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutiva e segundo normas e mecanismos preestabelecidos. O encaminhamento deverá ser acompanhado com todas as informações necessárias ao atendimento do paciente (formulário com resumo da história clínica, resultado de exames realizados, suposição diagnóstica, etc.) e a garantia, através de agendamento prévio, do atendimento na unidade para o qual foi encaminhado.

Por contrarreferência entende-se o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra referência do paciente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento ou acompanhamento do paciente no estabelecimento de origem onde, juntamente com seus familiares, será atendido nas suas necessidades básicas de saúde.

Os pacientes que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis na unidade, devem ser, após o atendimento médico com estabilização do quadro clínico, registrados, via sistema de informações na Central de Regulação de Leitos para transferência. Deverá ser emitido solicitação/relatório médico, buscando a transferência com garantia de recursos e de recebimento do paciente pela Unidade de Destino. Deve haver retaguarda hospitalar previamente pactuada com fluxos e mecanismos de transferência claros. A Central de Regulação fará a seleção, indicação, regulação e transferência do paciente até os leitos da Instituição Prestadora. Caso estes leitos não estejam disponíveis ou não tenham o perfil assistencial contratualizado/conveniado, estes pacientes deverão ser transferidos a outros hospitais da rede pública ou complementar, a serem determinados pela Central Estadual de Regulação. As instituições que ainda não dispõe de contratualização ou convênio de leitos hospitalares com a SES, deverão contratualizá-los ou conveniá-los obedecendo às necessidades do município e respeitando seu perfil assistencial. Nos casos de instituições já contratualizadas ou conveniadas com o município, serão respeitados os planos operativos pactuados. Deve haver a possibilidade de aditivação dos contratos ou convênios entre Instituição Prestadora e SES para acréscimo de serviços quando de interesse de ambas as partes.

O **HERSO** deve contar com pactuação adequada na rede de saúde para realização de exames diagnósticos e atendimentos especializados que não disponha. Deve existir mecanismo

de referência e contra referência com a rede hospitalar, com a rede básica: ambulatórios, unidades básicas de saúde (UBS) e Programas Saúde da Família (PSF) do Distrito Sanitário onde se encontra, permitindo o adequado acompanhamento dos pacientes após o atendimento no **HERSO** e sua inserção, não apenas na atividade curativa como também em atividades de promoção e prevenção da saúde. Estas pactuações serão definidas pela SES e cumpridas pela instituição contratada. Nos casos de necessidade de transferência para outra unidade hospitalar ou para sua residência o paciente deve ter a garantia de transporte através de ambulância, seja ela do tipo UTI ou convencional, definida pelo profissional médico responsável pelo paciente.

Nos casos de falta absoluta de recursos necessários para o paciente em outros hospitais da rede municipal ou demora na transferência via regulação, o paciente não poderá ser impedido de permanecer nas dependências do **HERSO** até que esteja disponível o recurso mais adequado.

A implantação do contra referências para os serviços já existentes com a Atenção Primária e outros estabelecimentos assistenciais de saúde será mantida conforme demanda atual.

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO

11.EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

11.1. Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus Gestores na Gestão de Hospitais por Quantidade igual a Superior a 200 leitos

Os documentos referentes a esta comprovação de experiência seguem no **ANEXO I**, ao final desta proposta.

11.2. Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos

Os documentos referentes a esta comprovação de experiência seguem no **ANEXO I**, ao final desta proposta.

11.3. Experiência da organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos

Os documentos referentes a esta comprovação de experiência seguem no **ANEXO I**, ao final desta proposta.

11.4. Certificado de Entidades Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular

Os documentos referentes a esta comprovação de experiência seguem no **ANEXO I**, ao final desta proposta.

11.5. Aplicação do Recurso na Unidade Hospitalar, com anuência posterior da SES/GO

O INSV buscará via emenda parlamentar que é o instrumento que permite aos deputados e senadores realizarem alterações no orçamento anual. As emendas individuais impositivas apresentadas ao projeto de lei orçamentária anual (PLOA) poderão alocar recursos a órgãos ou entidades da administração pública direta ou indireta da União, dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, consórcio público, organização da sociedade civil ou serviço social autônomo. As emendas são chamadas impositivas porque a União é obrigada a executá-las quando aprovadas, toda essa ação estará vinculada a fomentos para implementação ou implantação de serviços e programas de melhoria na assistência hospitalar.

Várias fontes nacionais e internacionais, de empresas privadas são disponibilizadas para viabilizar projetos de incrementos ou implantação de melhorias na assistência hospitalar, desta forma criaremos um setor exclusivo de captação de recursos para projetos e serviços de novas tecnologias, afim de qualificar a equipe interna da unidade **HERSO**, mas também servir como matriciadores de servidores diretos e indiretos do SUS.

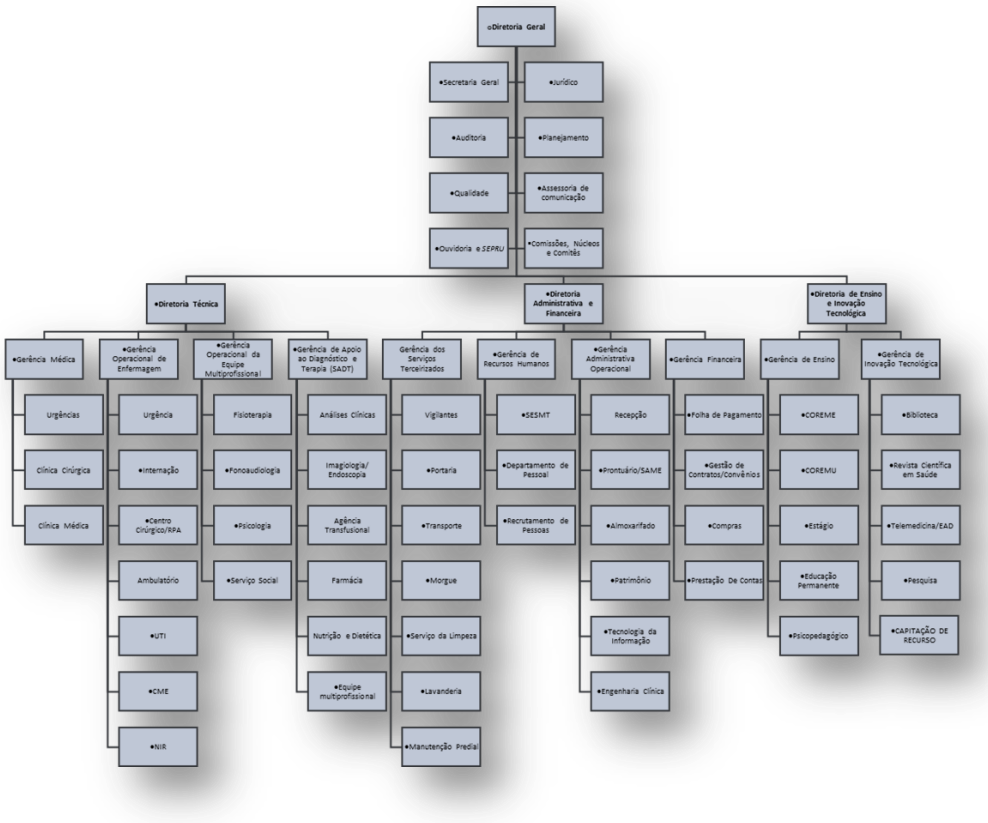
Com o advento da Constituição Federal de 1988, e do processo de redemocratização que lhe foi subjacente, uma nova ordem foi estabelecida em relação à redefinição dos papéis dos entes federados, tanto do ponto de vista fiscal, quanto na execução das políticas públicas, especialmente no que diz respeito à área de saúde, desta forma e atendendo as legislações vigentes o INSV, estará em constante consonância com a SES/GO para viabilizar a autorização, de projetos e ações, no que tange implementação e ou implantações destes na unidade **HERSO**.

11.6. Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission Internationale, Qmentun da Canadá Accreditation Internacional ou outras entidades e instituições Acreditadas reconhecidas obtidos da gestão da OSS

A Instituição INSV não atende a esse quesito

11.7. Apresentação de Organograma da Unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo

Quadro 11-1 - Proposta de Organograma **HERSO**



As competências dos membros do corpo diretivo encontram–se descritas no regimento geral da unidade localizado no (CADERNO -1)

12.ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

12.1. Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do Corpo Diretivo

O INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV é uma organização social sem fins lucrativos, que tem como objetivo transformar a gestão em saúde, educação e tecnologia em uma experiência humanizada e ética para o usuário. Trabalhará em sua

essência três arquétipos, conhecidos como modelos de personalidade que representam valores e características que uma marca deseja transmitir ao seu público. É a "digital" da marca e o que a torna única.

O Cuidador: Demonstra muito carinho e afetividade em seu posicionamento. A marca com esse arquétipo tem como propósito solucionar e promover aos seus clientes uma vida melhor, abraçando como meta o ideal de ter sempre as pessoas como foco, assim como as necessidades da sociedade como um todo.

O Herói: Destinado a mudar o mundo, ele é esforçado e corajoso. A organização que reforça esse arquétipo possui um perfil altamente produtivo e está pronto para encarar desafios do cotidiano.

O Sábio: Não é egoísta e não guarda a verdade para si. Tudo aquilo que vê como verdade e justo é utilizado para o benefício do próximo. Sua prioridade é promover à humanidade uma qualidade de vida melhor.

Tem como proposito "Acreditamos que a gestão deve ser mais do que uma mera questão técnica. O nosso propósito é transformá-la em uma experiência que promova a qualidade de vida e bem-estar das pessoas, oferecendo serviços especializados, respeitando suas necessidades e direitos".

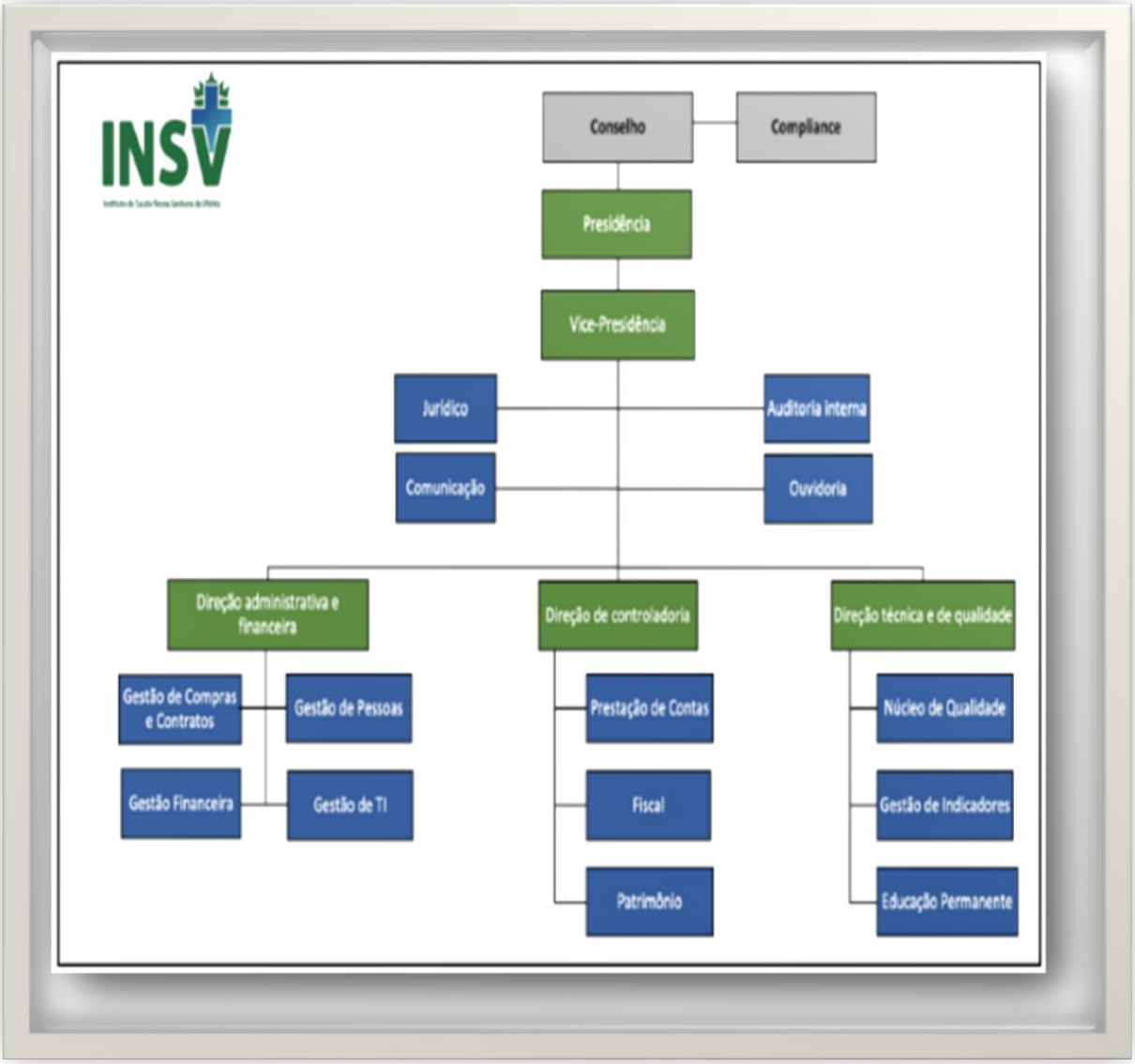
Sempre com o propósito de

- Prestar serviços multiprofissionais de atenção à saúde, dentro do enfoque interdisciplinar, visando o atendimento integral nos âmbitos ambulatorial, internação e cirúrgico de caráter eletivo, de urgência ou emergência;
- A orientação, formação, capacitação de leigos e o aperfeiçoamento de profissionais, de nível médio e superior, para o desempenho de ações de observação, controle e tratamento da saúde; baseados nos princípios da medicina ética e humanística;
- A realização de pesquisas científicas com enfoque na prevenção e tratamento de doenças;
- A divulgação e o intercâmbio de conhecimentos desenvolvidos e/ou apreendidos no seu campo de atuação, isoladamente ou em colaboração com os poderes públicos ou entidades particulares;
- O exercício de atividades remuneradas nos campos médico, cirúrgico e hospitalar em geral para aporte de recursos financeiros às atividades assistenciais não remuneradas, quando desenvolvidas sem parceria com o Poder Público;

- A realização de campanhas educativas de conscientização e orientação da sociedade em face dos agentes biológicos, psicológicos e sociais causadores de malefícios fisiopatológicos;
- O tratamento de doenças e suas complicações de forma integral e contínua, nos âmbitos ambulatorial e hospitalar;
- O fomento do estudo, da pesquisa científica, do ensino e treinamento, visando o desenvolvimento de novas tecnologias, a formação, o aperfeiçoamento e o treinamento de profissionais da área da saúde, inclusive com o oferecimento de estágios para profissionais das áreas da saúde e correlatas, bem como residência médica;
- A produção, compilação e divulgação das informações e dos conhecimentos técnicos e científicos;
- A realização de ações de prevenção e tratamento da dependência de substâncias psicoativas em ambiente de internação, bem como o tratamento e orientação de familiares de pessoas com dependência.

Diante do exposto demostramos a seguir a nossa estrutura de suporte a gestão da unidade pretendida:

Figura 13.2.1-1



12.2. Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade

Os documentos referentes a esta comprovação de experiência seguem no **ANEXO I**, ao final desta proposta.

12.3. Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da Diretoria ou Gerência que atuará na unidade

Os documentos referentes a esta comprovação de experiência seguem no **ANEXO I**, ao final desta proposta.

13. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

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

Tabela 13.2.1-1

DISCRIMINAÇÃO	QDE
Coordenador Departamento Médico	2
Coordenador Médico UTI	2
Equipe Médica Contratada e Sobreaviso	120
Equipe Médica Própria	120
Médico Angiologista e Cirurgia Vascular	3
Médico Anestesista	4
Médico Angiologista	4
Médico Cardiologista	3
Médico Clínico Geral	7
Médico do Trabalho	4

Médico Gastroenterologia	3
Médico Ginecologia e Obstetrícia	4
Médico Hematologista	3
Médico Infectologista	4
Médico Neurologista	4
Médico Otorrinolaringologia	3
Médico Radiologista	4
Médicos Especialistas Assistenciais	120
Plantão de Clínico – Emergência - Noite	3
Plantão de Clínico Geral - Emergência	3
Plantão de Ortopedista e Traumatologia	3
Plantão de Pediatra	3
Plantão de Pediatra - Emergência	3
Plantão de Ultrassonografista	2

13.2. Protocolos de Enfermagem (Rotinas por Nível de Qualificação dos Profissionais) nas Áreas de Ambulatório e Urgência

O protocolo de enfermagem, aliado à classificação de risco, pode subsidiar o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, de forma sistematizada e organizada, no acolhimento emergencial às vítimas, com segurança e qualidade, garantindo agilidade e a integralidade do atendimento. Deste modo, o acolhimento com classificação de risco é uma proposta do Ministério da Saúde mediante a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS).

Nessa política, a equipe enfermagem tem um papel relevante à medida que participa de intervenções concernentes à triagem de vítimas em situação de emergência.

Em relação à emergência, sabe-se que há um grande fluxo das vítimas para os hospitais, o qual é determinado pela procura espontânea, que resulta numa superlotação dos Prontos Socorros e das Salas de Atendimento, consequentemente levando a baixa qualidade da assistência prestada.

Existem alguns parâmetros para a implantação de ações no que tange ao atendimento de urgência e emergência nos serviços de Pronto Socorro, como exemplo, a demanda acolhida por critérios de avaliação de risco e a definição de protocolos clínicos. Isto possibilita que a assistência seja prestada de acordo com os diferentes graus de necessidades ou sofrimento, e não mais de forma impessoal e nem por ordem de chegada. Dessa forma, é necessário dividir estas unidades de urgências e emergências por nível de complexidade, otimizando os recursos tecnológicos e a força de trabalho da equipe, conforme a necessidade da vítima.

Diante do exposto nós do **Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitoria - INSV** apresentaremos a seguir a proposta de protocolos da equipe de enfermagem.

13.2.1. Protocolo de Administração de Nebulização/Inalação/Micronebulização

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO/MICRONEBULIZAÇÃO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Promover a umidificação das secreções das vias aéreas visando facilitar a expectoração;
- Administrar medicamentos absorvíveis pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- NT-Norma técnica.
- CCIH -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- N/A- Não se aplica.
- SAE – sistematização de Assistência de Enfermagem.

Material Utilizado

- Fluxômetro.
- Inalador com medicações prescritas.
- Látex.
- Papel higiênico ou forro.
- Máscaras de inalação.
- Luvas de procedimentos.

Descrição do Procedimento

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme NT da CCIH e reunir o material;
- Levar o material ao quarto do paciente;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Preparar o paciente para receber o tratamento;
- Ligar o inalador ao ar comprimido, ou oxigênio se necessário;
- Orientar o paciente para inspirar profundamente a medicação;
- Providenciar papel higiênico ou forro, para o paciente expectorar;
- Manter inalação durante o tempo indicado e observar o paciente;
- Recolher material e levar para desinfecção (expurgo)
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica

Recomendações e Considerações

- Organizar o material
- Higienizar caso seja necessário
- Verificar prescrição médica
- Usar somente fluídos estéreis para a inalação e manipular o líquido de maneira asséptica;
- Os inaladores são de uso individual e deverão passar por esterilização ou desinfecção de alto nível para serem novamente utilizados em outro paciente.

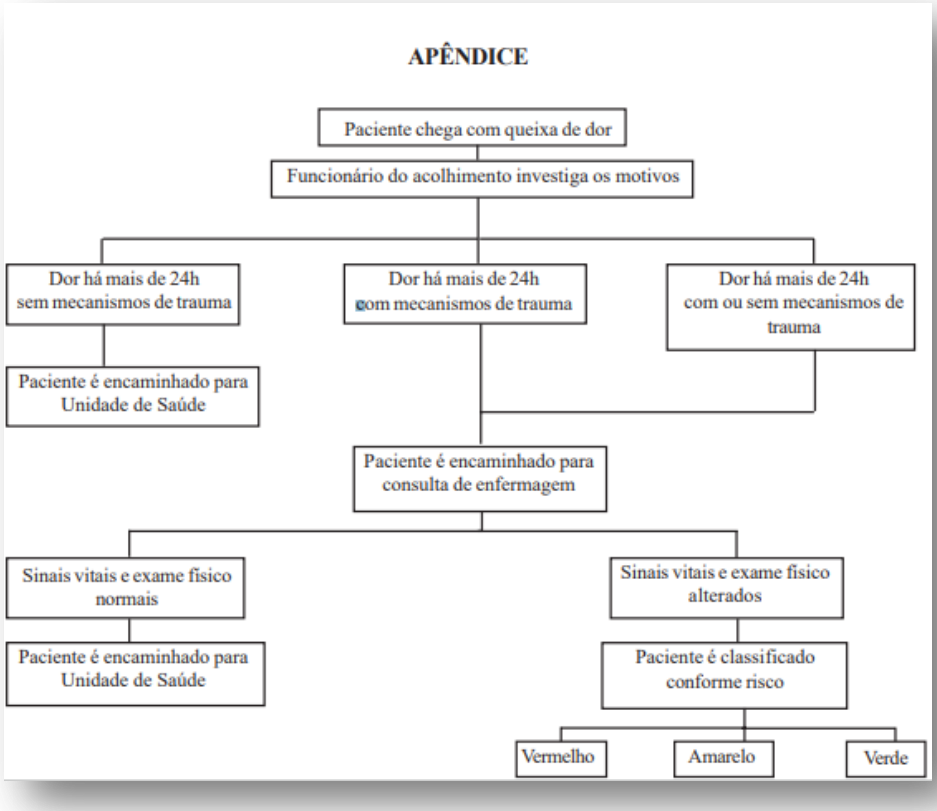
RESPONSÁVEL(IS)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Registro(s):

Checagem no prontuário. Registro na SAE

Figura 13.2.1-1 -Fluxo de nebulização/inalação/micronebulização



13.2.2. Protocolo de Administração de Oxigênio por Máscara Facial

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR MÁSCARA FACIAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos E Definições

- NT - Norma Técnica;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Oxigênio canalizado;
- 01 Fluxômetro para oxigênio;
- 01 Máscara facial de oxigênio;
- 01 Frasco umidificador;
- 01 Intermediário de silicone estéril;
- 01 Frasco de água destilada estéril de 500 ou 250 ml;
- 01 Bandeja de aço inox;
- 01 Par de luvas de procedimentos;
- 05 Unidades de gaze estéril;
- 01 Frasco ampola de soro Fisiológico 0,9% de 10 ml.

- 02 Cotonetes;
- 01 Impresso para anotação de oxigênio.

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Identificar o paciente no prontuário;
- Apresenta-se ao paciente e/ou acompanhante (se possível);
- Higienizar as mãos conforme NT Pág.04 do Manual CCIH;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
- Conectar o fluxômetros à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos;
- Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Encher o macronebulizador com água estéril destilada até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar a água do recipiente;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetros;
- Conectar uma das extremidades do tubo no frasco e a outra na máscara facial;
- Ajustar a faixa elástica ou cadarço até que a máscara se encaixe bem e confortavelmente;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável;
- Abrir a válvula de fluxômetro até produzir vapor de oxigênio;
- Retirar o acúmulo de água no tubo de extensão ou intermediário de silicone;
- Higienizar as mãos conforme NT da CCIH;
- Registrar no prontuário em impresso padronizado a data, a hora do início, do termino e fluxo do oxigênio administrado;
- Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica.

Recomendações e Considerações

- Organizar o material
- Higienizar caso seja necessário
- Verificar prescrição médica
- Fazer limpeza das narinas a cada 8 horas, utilizando luvas de procedimento, 01 cotonete ou gaze e a ampola de SF 0,9%;
- Desprezar a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível inferior a 1/3 de sua capacidade;
- Trocar o sistema acoplado ao fluxômetro quando houver mau funcionamento, sujidade ou a cada sete dias encaminhá-lo para limpeza e desinfecção;
- Em caso de suspensão temporária, guardar o cateter devidamente acondicionado e protegido;
- Se não houver borbulhamento da água no umidificador, checar se o fluxômetro está conectado cor- retamente; se persistir, trocar o frasco umidificador;
- Observar queixa de dispneia, padrão respiratório, frequência respiratória, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de intercorrências;

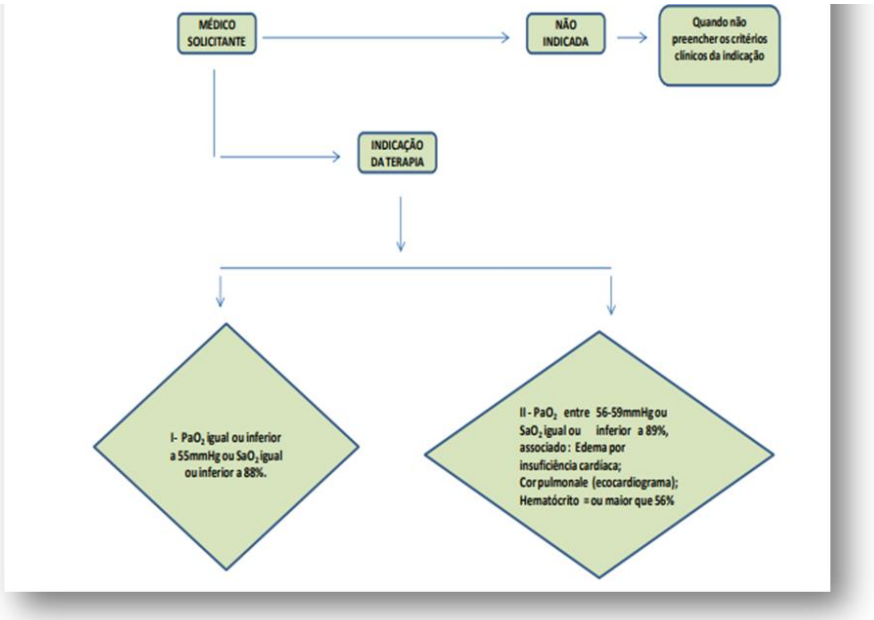
Responsável(is)

Técnico de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro.

Registro(s)

Anotação e checagem em prontuário do paciente. Registrar em SAE.

Figura 13.2.2-1 - Fluxo



13.2.3. Protocolo de Aspiração de Tubo Endotraqueal

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ASPIRAÇÃO DE TUBO ENDOTRAQUEAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Manter vias aéreas pérvias;
- Promover a ventilação adequada;
- Diminuir a colonização microbiana oral e evitar a bronco aspiração.

Aplicabilidade

Sala amarela, sala vermelha, Unidade de Terapia Intensiva - UTI e Unidade de cuidados intermediários - UCI

Siglas, Termos e Definições

- EPI'S - Equipamento de Proteção Individual;
- NT CCIH - Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- FIO² - (Fração Inspirada de Oxigênio).
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Bandeja
- Sonda de aspiração estéril de calibre adequado para idade do paciente;
- Luvas estéreis;
- Compressas estéreis;
- Água estéril;
- Bolsa de ventilação com pressão positiva, reservatório de O2 e máscara de silicone – Ambú;
- Fonte de oxigênio a 100%;
- Fonte a vácuo ou aparelho de aspiração portátil;
- SF 0,9% na seringa;
- EPI'S (máscara, gorro, óculos, avental);
- Oxímetro de pulso (Se necessário).

Descrição do Procedimento

- Higienizar as mãos conforme norma do Manual do SCIH/HGP;
- Colocar os EPI'S;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;
- Colocar uma compressa estéril sobre o tórax do paciente;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Adaptar uma das extremidades do látex à fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração mantendo-a no invólucro;
- Teste o funcionamento adequado do sistema de aspiração;

- Calçar as luvas de maneira asséptica, designando uma das mãos como estéril e a outra como conta- minada, quando não for possível o auxílio do Técnico de Enfermagem;
- Aumentar a FIO² até dois dígitos por 3 minutos antes de desconectar o ventilador e realizar o procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Segurar a sonda estéril com a mão limpa;
- Desconectar o ventilador mecânico (se necessário) com a mão não dominante e colocar o circuito sobre a compressa estéril;
- Introduzir a sonda de aspiração suavemente no tubo traqueal ou cânula na fase inspiratória, sem aplicação do vácuo, até que se encontre resistência;
- Retroceder aproximadamente 0,5cm para evitar risco de reflexo vagal;
- Aplicar sucção intermitente, enquanto se retira a sonda através de movimentos rotatórios;
- Limitar o procedimento de 10 a 15 segundos no máximo, idealmente 5 segundos para crianças;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reconectar o ventilador (se necessário) e manter restrita observação do paciente durante todo o procedimento;
- Lavar a sonda de aspiração, tendo o cuidado de não contaminar a mesma;
- Limpar a sonda com gaze estéril, se necessário;
- Instilar solução salina se houver secreção espessa, ventilar os pulmões com ambú e realizar o procedimento de aspiração em seguida;
- Realizar aspiração nasofaríngea e orofaríngea na seguinte ordem: introduzir a sonda alternadamente em cada narina e na boca até a faringe;
- Remover as secreções do cateter com água estéril;
- Proteger a extremidade do látex com invólucro estéril;
- Fechar o vácuo e desprezar a sonda de aspiração e demais materiais utilizados no procedimento;
- Reavaliar o paciente;
- Trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas.

Periodicidade

Sempre que necessário.

Recomendações e Considerações

- Prevenir complicações respiratórias;
- Proporcionar uma ventilação eficaz, removendo secreções brônquicas.

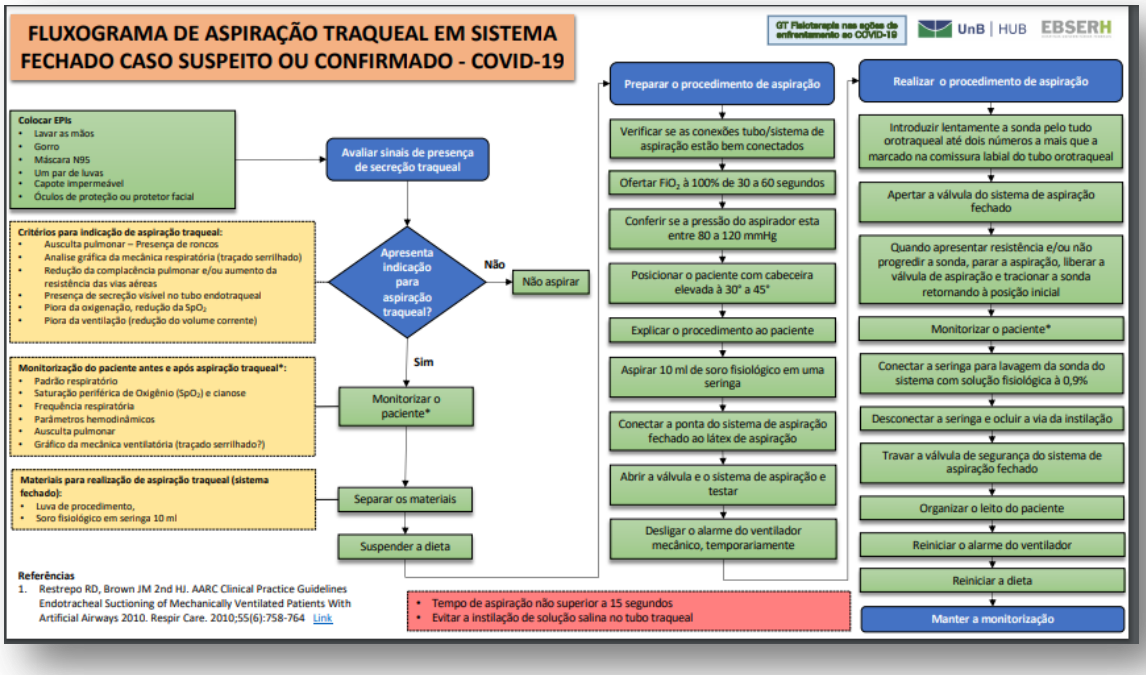
Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

Anotação e checagem em prontuário do paciente.

Figura 13.2.3-1 - fluxo de aspiração de tubo endotraqueal



13.2.4. Protocolo de Aspiração de Vias Aéreas Superiores

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Manter vias aéreas pérvias, promovendo a ventilação adequada;
- Diminuir a colonização microbiana oral e evitar a broncoaspiração.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- EPI'S - Equipamento de Proteção Individual.
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Bandeja contendo:
- Sonda de aspiração estéril de calibre adequado para idade do paciente;
- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Extensão de látex;
- Frasco de aspiração conectado á rede de vácuo ou ar comprimido;
- Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;
- Aspirador;
- EPI'S (máscara, gorro, Óculos, avental).

Descrição do Procedimento

- Higienizar as mãos conforme PROTOCOLO;
- Colocar os EPI'S;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Adaptar uma das extremidades do látex á fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Iniciar a aspiração pelas narinas;
- Pinçar o látex e introduzir a sonda em uma das narinas;
- Introduzir a sonda de aspiração suavemente, soltar o látex e proceder à aspiração com movimentos semi - rotatórios;
- Introduzir a sonda na cavidade oral até provocar reflexo da tosse, soltando o látex;
- Proceder à aspiração com movimentos rotatórios;
- Sempre que houver necessidade entre uma aspiração e outra lavar extensão da sonda e látex, ao término do procedimento lavar novamente toda a extensão;
- Fechar o vácuo, desprezar a sonda, desconectando-se do látex e proteger a ponta do mesmo;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reavaliar o paciente;
- Deixar o paciente seguro, confortável e unidade em ordem;
- Desprezar no expurgo o conteúdo do frasco coletor;
- Trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas.
- Retirar EPI'S;
- Higienizar as mãos conforme PROTOCOLO;
- Registrar no prontuário a data, hora, aspecto e quantidade das secreções, intercorrências se houver;
- Assinar e carimbar;

Periodicidade

Sempre que necessário.

Recomendações e Considerações

- Prevenir complicações respiratórias;
- Proporcionar uma ventilação eficaz, removendo secreções brônquicas.

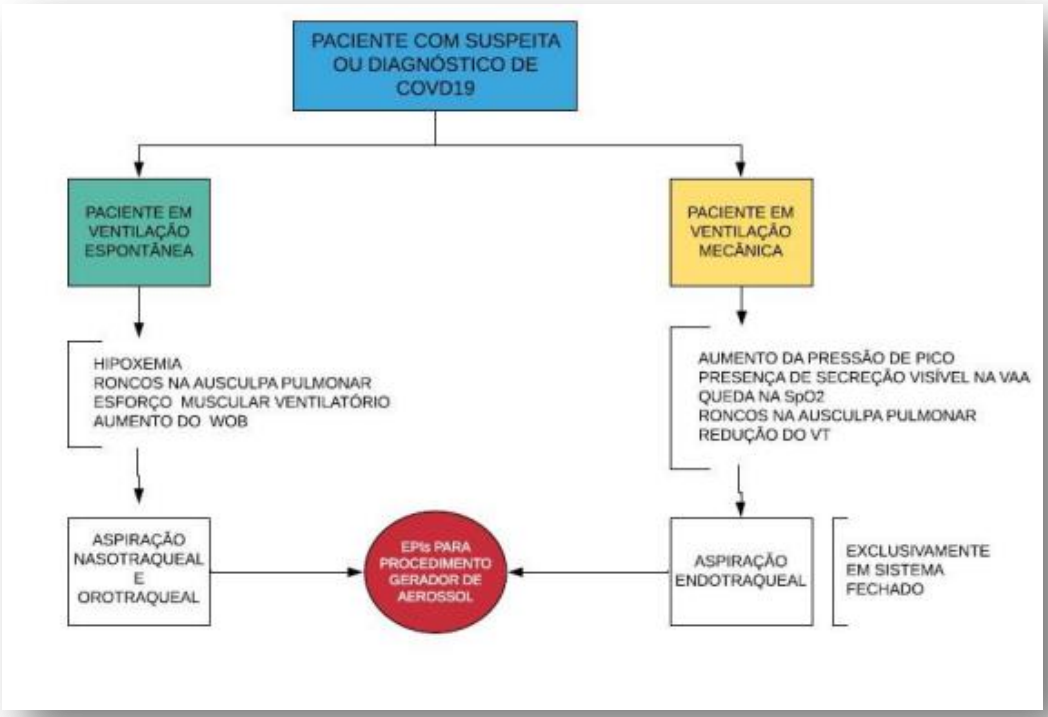
Responsável(is)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Registro(s)

Anotação e checagem em prontuário do paciente

Figura 13.2.4-1 - Aspiração de vias aéreas superiores



13.2.5. Protocolo de Instalação de Oximetria de Pulso

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	INSTALAÇÃO DE OXIMETRIA DE PULSO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Mensurar os níveis de saturação de oxigênio e a frequência do pulso.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- NT CCIH (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar).
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 oxímetro de pulso com cabo de energia;
- 01 sensor em sonda de acordo com o paciente: (se pediátrico 10 cm de fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo);
- 03 bolas de algodão ou 01 pacote de gaze;
- 01 almotolia com álcool a 70%;
- 01 caneta;
- 01 impresso de sinais vitais ou de anotações de enfermagem.

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição do paciente;
- Identificar o paciente através do prontuário e identificação no leito;
- Higienizar as mãos conforme PROTOCOLO

- Separar e preparar os materiais;
- Levar os materiais para a unidade do paciente;
- Fazer desinfecção do sensor com algodão umedecido com Álcool a 70%;
- Verificar a voltagem do equipamento e conectá-lo à fonte de energia elétrica;
- Ligar o monitor e determinar os limites do alarme, tanto para saturação de oxigênio alta quanto baixa, bem como, para as frequências de pulso altas e baixas, de acordo com a idade, condição física ou clínica, terapêutica e riscos;
- Confirmar se o sensor está compatível ao monitor;
- Selecionar a área apropriada para aplicar o sensor com base na circulação periférica e temperatura
- do membro (dedos das mãos, dos pés e lóbulo da orelha);
- Determinar a adequação da circulação periférica, avaliando o enchimento capilar, evitando locais com: edemas, lesões cutâneas, hipotermia ou doença vascular periférica;
- Preparar o sitio selecionado;
- Fixar o sensor no local escolhido, alinhando o receptor e o emissor de luz- um em oposição ao outro.
- Em neonatal e pediátrico: Envolver primeiro uma gaze dobrada e depois passar a fita hipoalérgica;
- Orientar Mãe ou responsável;
- Conectar o sensor do oxímetro ao aparelho;
- Certificar se a luz ou a forma da onda refletem a força do pulso, comparando a frequência radial ou apical do cliente com a frequência do oximetro. Quando existir diferença reavaliar a colocação do sensor;
- Ler o nível de saturação do oxigênio e a frequência de pulso;
- Mudar o sensor de dedo a cada duas horas se sensor de salto (abre e fecha como pregador de roupa) ou a cada 4 horas se adesivo; deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
- Higienizar as mãos conforme PROTOCOLO;
- Registrar no prontuário a data, a hora, o local de escolha para colocação do sensor e os valores das leituras realizadas (saturação e frequência);
- Assinar e carimbar.
- Diante de níveis alterados, avaliar a condição clínica, verificar se o sensor não se soltou e, conferir se o tipo de sensor está adequado ao biótipo e ao local de escolha. Comunicar ao médico, se persistir.

Periodicidade

Conforme necessidade e/ou solicitação do médico ou enfermeiro.

Recomendações e Considerações

Não se aplica.

Responsável(is)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

Registro(s)

Registrar em prontuário e SAE.

Figura 13.2.5-1 - Fluxo de instalação de Oximetria de Pulso

13.2.6. Protocolo de Oxigenioterapia por Cateter Tipo Óculos

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	OXIGENIOTERAPIA POR CATETER TIPO ÓCULOS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- NT CCIH - (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);
- EPI´s - (Equipamento de Proteção Individual).
- N/A – Não se aplica.

Material Utilizado

- Bandeja
- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Extensão de látex;
- Cateter nasal tipo óculos;
- Rede de Oxigênio canalizada ou em torpedos;
- Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;
- EPI'S (máscara, gorro, óculos, avental).

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Checar a identificação do paciente no leito;
- Orientar e explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
- Higienizar as mãos CONFORME PROTOCOLO;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
- Colocar os EPI'S;
- Conectar o fluxômetros à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Encher o umidificador com água estéril destilada ou SF 0,9% até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar o recipiente totalmente;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetros;
- Conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador ao frasco e a outra no cateter nasal;
- Abrir o fluxômetros e deixar um pouco de oxigênio sair para evitar acidentes por saída intempestiva do mesmo e verificar se há borbulhamento da água;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável;
- Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica ou no máximo a 3 l/min. Conforme prescrito;
- Higienizar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição supina ou Semi-Fowler, quando possível;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reunir todo o material, organizar o leito;
- Realizar anotação no prontuário, assinar e carimbar.

Periodicidade

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

Recomendações e Considerações

Não se aplica.

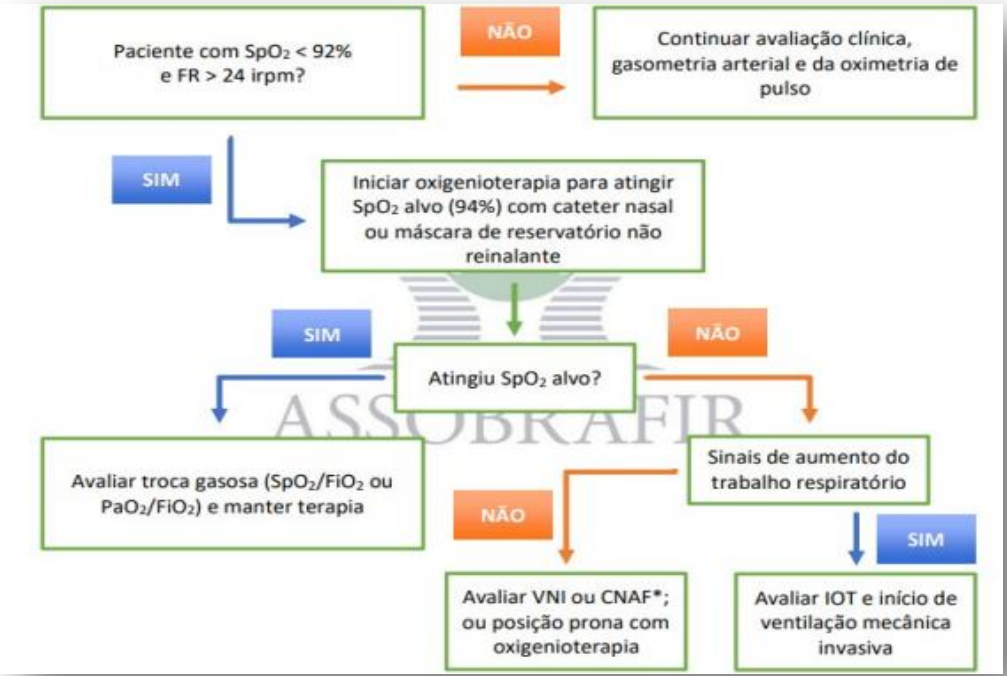
Responsável(is)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

Registro(s)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

Figura 13.2.6-1 - Fluxo de Oxigenioterapia por Cateter



13.2.7. Protocolo de Oxigenioterapia por Cateter Nasal

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	OXIGENIOTERAPIA POR CATETER NASAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

•N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Cateter nasal (tamanho apropriado ao paciente);
- Extensão de látex;
- Esparadrapo ou micropore;
- Fita adesiva;
- Umidificador;
- Água destilada estéril ou SF 0,9%;
- Gaze;
- Luvas de procedimento (proteção do servidor).

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Levar o material para o quarto do paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Datar o umidificador com fita adesiva;
- Unir o cateter à extensão de látex e ao umidificador, observar o nível de água destilada ou Soro Fisiológico 0,9%;
- Abrir a válvula do fluxômetro e manter fluindo um pouco de oxigênio;
- Calçar luvas;
- Segurar o cateter com a gaze e introduzir por uma das narinas (após mensurar o cateter do lóbulo da orelha a ponta da narina), delicadamente;

- Fixar o cateter com esparadrapo sobre a face, nariz ou testa do paciente;
- Aumentar o número de litros de oxigênio até a quantidade prescrita.
- Pedir para o paciente respirar pelo nariz a fim de aproveitar totalmente o Oxigênio;
- Retirar as luvas;
- Guardar o material após o uso;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário, com letra legível.

Periodicidade

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

Recomendações e Considerações

- •Observar o paciente durante o tratamento;
- •Trocar o cateter nasal a cada 24 horas;
- •Utilizar preferencialmente o cateter tipo óculos caso haja na unidade.

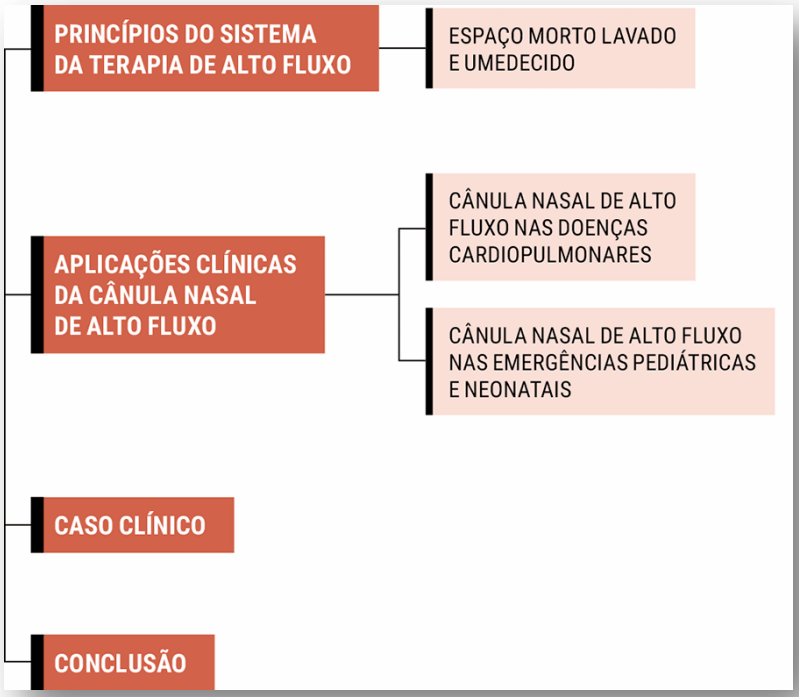
Responsável (is)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

Registro(s)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

Figura 13.2.7-1 - Fluxo de Oxigenioterapia por Cateter Nasal



13.2.8. Protocolo de Administração de Nutrição Oro e Nasoentérica

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ORO E NASOENTÉRICA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico ou complementar os nutrientes, em pacientes que não conseguem deglutir ou manter a ingestão adequada;
- Fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- NE - Nutrição Enteral;
- NT - Norma de Trabalho
- OBS - Observação;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Bandeja de inox limpa e desinfetada;
- 01 Bomba de infusão;
- 01 Frasco de dieta prescrita;
- 01 equipo para dieta enteral;
- 02 Luvas de procedimento;
- 02 Gazes;
- 01 Álcool a 70%
- 01 Fonte de energia para ligar a bomba infusora;
- 01 Conector intermediário para equipo.

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição médica;
- Identificar-se ao paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Higienizar as mãos conforme PROTOCOLO;
- Confirmar paciente;
- Manter o paciente em decúbito dorsal 30º- 40º (essa posição de Fowler reduz o risco de aspiração e promove a deglutição efetiva, facilitando a manipulação da sonda);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Verificar e confirmar o posicionamento correto da sonda.
- Separar e preparar os materiais necessários;
- Conferir no rótulo da dieta enteral o nome do paciente, número de leito, data e hora da manipulação;

- Verificar se a bolsa de Nutrição Enteral se encontra em temperatura ambiente, antes de administrá-la, para evitar cólica abdominal.
- Verificar aspecto, coloração, validade da dieta enteral e se o frasco continua íntegro.
- Adaptar o equipo ao frasco da dieta;
- Abrir a válvula reguladora da sonda, deixando-a fluir em toda a sua extensão, para retirar o ar do mesmo;
- Fechar a válvula reguladora;
- Adaptar o equipo a extremidade da sonda.
- Colocar o paciente em posição
- Ajustar o gotejamento ou o fluxo, quando em bomba de infusão, programá-la conforme prescrito;
- Abrir válvula reguladora e iniciar a dieta;
- Realizar controle da infusão;
- Após a interrupção da dieta, desconectar o equipo do frasco e conectá-lo ao da água, deixando fluir por toda sua extensão, lavando o equipo antes de instalar a próxima dieta;
- Após desconectar o equipo da sonda, fechar a mesma e proteger a extremidade do equipo com a própria tampa;
- Atenção: Ao prazo de validade identificado no frasco da dieta, antes, durante e após instalação.
- Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade organizada;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme Manual do CCIH;
- Anotar, assinar e carimbar.

Periodicidade

De acordo com prescrição médica.

Recomendações e Considerações

- Manter o paciente em decúbito dorsal entre 30º- 40º durante administração da dieta.
- Em caso de obstrução de sonda, detectar a causa, auscultar e tentar desobstruir, caso contrário repassar nova sonda, ausculta e solicitar ao médico o pedido de um novo Raio X, para confirmar o posicionamento.

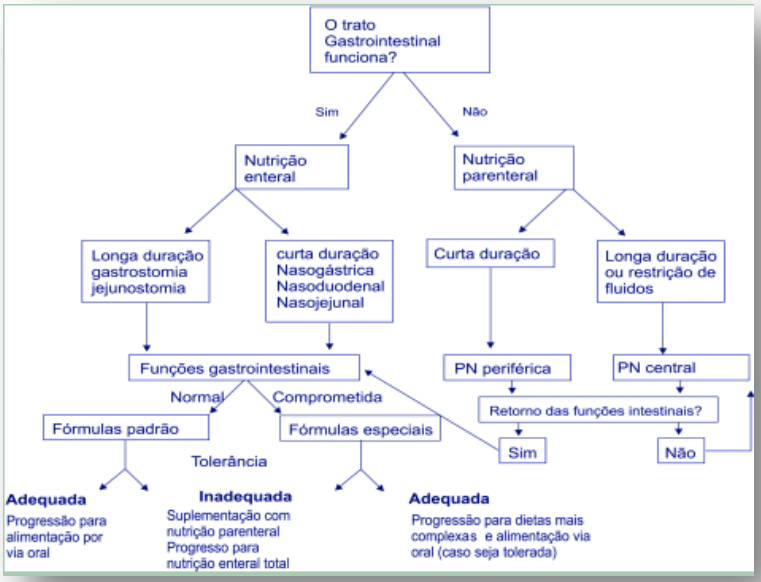
Responsável(is)

Técnico de Enfermagem sob supervisão do Enfermeiro.

Registro(s)

Realizar a checagem e fazer as anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume infundido.

Figura 13.2.8-1 - Fluxo de Nutrição Oro e Nasoentérica



13.2.9. Protocolo de Administração de Nutrição Parenteral

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ORO E NASOENTÉRICA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Proporcionar suporte energético e nutricional para manter as funções orgânicas e preservar a estrutura corpórea;

- Suprir as necessidades de nutricionais do paciente de forma segura e eficiente.

Aplicabilidade

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- •UCI;
- UCIN;

Siglas, Termos e Definições

- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- NPT – Nutrição Parenteral Total;
- NT - Norma de Trabalho;
- OBS - Observação;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Bandeja de inox limpa e desinfetada;
- 01 Bomba de infusão;
- 01 Frasco/ Bolsa de dieta prescrita;
- Equipo fotossensível de bomba de infusão;
- 02 Luvas de procedimento;
- 02 Gazes;
- 01 Álcool a 70%
- 01 Fonte de energia para ligar a bomba infusora.

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição médica;
- Solicitar na farmácia a retirada da bolsa de nutrição parenteral da geladeira e mantê-la em ar ambiente;
- Separar e preparar os materiais necessários;

- Aguardar a bolsa de nutrição parenteral atingir a temperatura ambiente antes de administrar no paciente;
- Conferir no rótulo da dieta Parenteral o nome do paciente, número de leito, data, hora da manipulação, composição e volume;
- Verificar integridade da bolsa de dieta parenteral, validade, alterações na coloração ou presença de partículas de precipitação;
- Confirmar paciente;
- Apresentar-se e orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Higienizar as mãos conforme PROTOCOLO;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a desinfecção dos conectores do acesso venoso;
- Verificar e testar se o acesso está pérveo.
- Adaptar o equipo a bolsa da dieta, deixando-o fluir em toda a sua extensão, para retirar o ar do mesmo, em seguida fechar a válvula reguladora;
- Instalar a nutrição parenteral conforme prescrição médica usando técnica asséptica.
- Instalar imediatamente o equipo ao dispositivo intravenoso (PICC, cateter umbilical, flebotomia ou acesso venoso central) e mantê-lo exclusivo para dieta parenteral.
- Ajustar o gotejamento ou o fluxo em bomba de infusão, abrir a válvula reguladora e iniciar dieta;
- Sendo infusão contínua: verificar a cada 2 horas e anotar o volume infudido no prontuário do paciente ou na ficha de balanço hídrico;
- Após o término da dieta, desconectar o equipo do dispositivo intravenoso e descartar junto com a bolsa da dieta vazia;
- Proteger a extremidade do dispositivo intravenoso com a própria tampa;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme PROTOCOLO;
- Anotar, assinar e carimbar;

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica.

Recomendações e Considerações

- A NPT deverá ser infundida exclusivamente por cateter venoso central em via exclusiva;
- Observar a infusão da NPT constantemente;

- Observar parâmetros vitais durante e/ou após a administração da NPT.

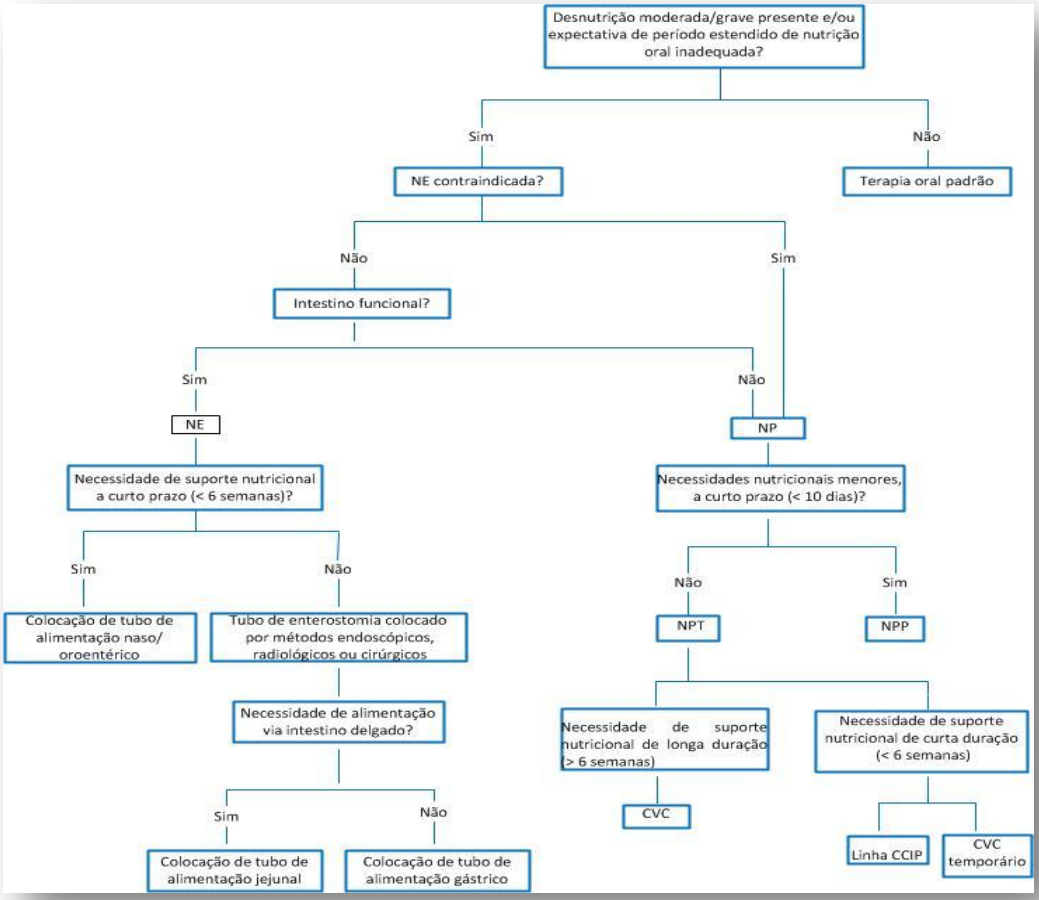
Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

Realizar a checagem, fazer as anotações e evoluções de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e registrar intercorrências. Em pacientes com registro de balanço hídrico, incluir o volume no espaço referente à "Ganhos".

Figura 13.2.9-1 - Fluxo de Nutrição Parenteral



13.2.10. Protocolo de Retirada de Pontos

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	RETIRADA DE PONTOS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Realizar a padronização para a retirada de pontos.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

Siglas, Termos e Definições.

- EPI - Equipamentos de Proteção Individual;
- **HERSO** - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Pacote estéril de curativo com pinças;
- Luvas de Procedimento;
- Soro Fisiológico 0,9% 100 ml;
- Gazes e ataduras estéreis, se necessário;
- Lâmina estéril ou tesoura estéril;
- Saco de lixo Branco.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;

- Preparar a bandeja ou o carrinho de curativo com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar a parte externa do curativo;
- Realize a limpeza da incisão cirúrgica unidirecional, com SF 0,9% e com o auxílio de pinças;
- Com a pinça anatômica, segure a extremidade do fio, com a tesoura ou lâmina de bisturi, com a parte inferior do nó em apenas um lado do fio, mantendo o outro lado do fio, próximo ao nó, integro. Se necessário, ao puxar a extremidade do fio, se este apresentar-se muito aderido à pele, tracione-o para um lado de depois para o outro, com delicadeza, para que seja possível visualizar com clareza o local de posicionamento da tesoura ou lâmina;
- Coloque uma gaze próxima a incisão, para depositar os pontos retirados;
- Após retirar todos os pontos, conte-os e verifique se todos estão íntegros (deverão apresentar 3 pontas cada, com um nó no centro). Caso algum apresente apenas duas pontas é certo que houve falha na extração do ponto e um pedaço do fio de sutura permanece na incisão. Caso esteja visível tente retirá-lo, do contrário comunique ao médico plantonista e anote no prontuário;
- Após o procedimento, realize um curativo oclusivo, somente se necessário.
- Recolher o material e organizar a sala;
- Registrar todo o procedimento no prontuário do paciente.

Periodicidade

Quando prescrito pelo médico.

Recomendações e Considerações

- Antes de retirar os pontos, observar a presença ou não dos sinais de infecção;
- Após a retirada de pontos, se a pele estiver bem íntegra, sem drenagem de exsudato, não será necessário curativo oclusivo. Caso contrário, realize a oclusão com gazes e atadura.

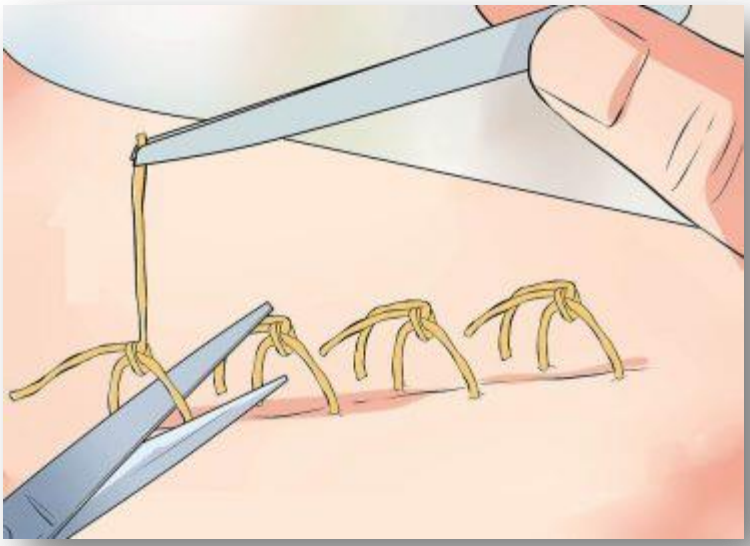
Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente.

Figura 13.2.10-1 - Fluxo de Retirada de Pontos



13.2.11. Protocolo de Eletrocardiograma

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ELETROCARDIOGRAMA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Padronizar as ações para realização de ECG.

Aplicabilidade

Ambulatório de Especialidades.

Siglas, Termos e Definições

ECG - Eletrocardiograma. N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Pedido de ECG;
- Eletrocardiógrafo.

Descrição do Procedimento

- Solicitar o pedido de ECG e o cadastro junto á recepção, conferir os dados do paciente;
- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente o que irá ser feito;
- Verificar se a área de colocação dos eletrodos está limpa e sem pelos;
- Realizar a tricotomia nos locais de colocação dos eletrodos se necessário;
- Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado;
- Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos.
- Solicitar que o paciente retire relógio, correntes, chaves, celulares, etc..
- Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto;
- Orientar o paciente a deitar, evitar a movimentação, tossir ou conversa, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar artefatos;
- Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos ante- braços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
- Colocar os eletrodos no tórax e nos membros conforme determinado, usando eletrodos auto - adesivos ou gel hidrossolúvel ou ainda, outro material de condução (conforme orientação do fabricante);
- Iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
- Deve-se tomar um cuidado especial para evitar a troca na posição dos eletrodos, o que dificulta a interpretação do exame;
- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- Retirar eletrodos;
- Limpar o gel com papel toalha;

- Finalizar o procedimento, deixando o paciente confortável.

Periodicidade

De acordo com a necessidade e após avaliação do médico ou enfermeiro.

Recomendações e Considerações

- V1 no 4º espaço intercostal, à direita do esterno;
- V2 no 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;
- V3 no 5º espaço intercostal, entre v2 e v4;
- V4 no 5º espaço intercostal, na linha médio - clavicular;
- V5 no 6º espaço intercostal, na linha axilar anterior;
- V6 na linha axilar média, no 5º espaço intercostal

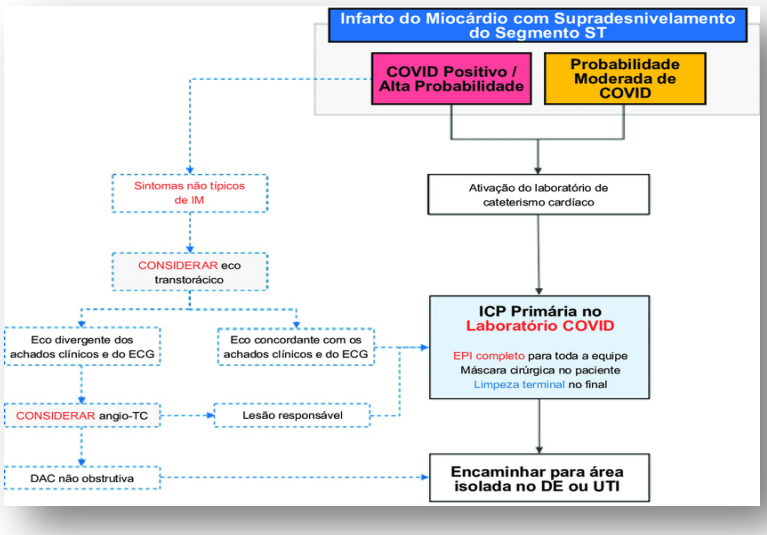
Responsável(is)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.11-1 - Fluxo de Eletrocardiograma



13.2.12. Protocolo de Reanimação Cardíaca

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	REANIMAÇÃO CARDÍACA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Diagnosticar Parada Cardiorrespiratória;
- Organizar etapa básica e avançada do atendimento;
- Capacidade de realizar ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com maior probabilidade de sobrevida.

Aplicabilidade

Unidade de Cuidados Intermediários.

Siglas, Termos e Definições

- PCR – Parada Cardiorrespiratória;
- RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Cardioversor/desfibrilador;
- Gel;
- Gazes;
- Papel higiênico ou lenço de papel para remover o gel da pele;

- Álcool a 70%;
- Materiais do leito:
- Ambú com máscara e reservatório;
- Frasco de aspiração com látex;
- Sonda para aspiração;
- Umidificador com látex;
- Carro de PCR contendo:
- Tubo orotraqueal;
- Fio guia;
- Laringoscópio e lâminas 3 e 4 curva e reta;
- -Seringa de 10 ml para insuflar cuff;
- Seringas para medicações;
- Fixador de TOT;
- Medicações;
- Prancha.

Descrição do Procedimento

- A frequência das compressões torácicas é de no mínimo 100 por minuto;
- A frequência das compressões torácicas e ventilação são de 30:2 (VAS), após cada ciclo de 2 minutos, trocar o massagista e verificar os pulos (10 segundos) respiração, se não respira e não tem pulso, continuar o novo ciclo de massagem e ventilação;
- No caso de Vias aéreas avançadas, as compressões não são alternadas com a ventilação, a ventilação é contínua, com frequência de 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto);
- Manter o ambu com máscara e oxigênio a 100% com cerca de 12 litros/min;
- Ajustar adequadamente a máscara na face do paciente;
- O pulso deve ser verificado sempre na artéria carótida (adulto) ou femoral, do mesmo lado em que o reanimador se encontra;
- O local das compressões se faz nos dois terços inferiores do esterno. Para colocar as mãos, achar gradeado costal e siga-o;
- A mão (destra) fica por baixo da outra entrelaçando os dedos, mas nunca devem tocar o gradeado costal;
- Manter os braços estendido e o ombros perpendiculares do tórax do paciente, comprimir de 4 a 5 cm, de maneira rítmica sendo metade compressão e metade

descompressão. As mãos não devem ser retiradas do tórax para não se perder a posição correta;

- A avaliação do ritmo cardíaco deve ser frequente e para um ritmo desfibrilável, (FA ou TV) a desfibrilação dever ser tentada de imediato entre 120 J e 200 J;
- Após o choque, retoma-se a RCP por 2 minutos, ou seja, 5 ciclos de 30:2;
- Se o ritmo não for desfibrilável o choque não é indicado, mas a continuação da massagem cardíaca e ventilação deverão ser continuadas;
- Administrar medicações conforme a solicitação do médico;
- DOSE EV/IO de Epinefrina: 01mg a cada 3 a 5 minutos (após administração injetar 10 ml de água destilada na mesma via EV);
- DOSE EV/IO de Amiodarona: Primeira dose – 300mg 100 ML 30 min.;
- Segunda dose – 900mg em 24h diluição e vazão (ml/h) ACM;
- Após preparo das medicações, deve ser guardados frascos e/ou ampolas para que após o procedi- mento forem prescritos pelo médico no prontuário do paciente;
- O tempo de PCR e RCP devem ser marcados rigorosamente;
- No caso de RCP com sucesso e necessidade de intubação orotraqueal, o material para intubação (TOT com cuff testado e fio guia) deverá estar preparado e ser entregue montado e testado para o médico que irá intubar assim que solicitado;
- A monitorização cardíaca deverá ser avaliada constantemente;
- Aspirar secreções se necessário e abrir sonda nasogástrica especialmente se houver conteúdo gástrico;
- Auxiliar o médico no procedimento de intubação, conforme rotina de auxílio;
- Testar o posicionamento do tubo endotraqueal através da insuflação manual (ambú) dos pulmões, observando a expansão torácica enquanto o outro elemento segura o tubo endotraqueal;
- Insuflar o cuff da cânula endotraqueal com auxilia de uma seringa;
- Fixar a cânula endotraqueal com cadarço de acordo com a técnica correta;
- Observar respiração, coloração das mucosas e extremidades;
- Observar periodicamente as pupilas;
- Instalar o respirador mecânico se necessário, após término da intubação;
- Colher gasometria para avaliação dos parâmetros respiratórios, de preferência, antes de instalar o respirador
- Manter paciente aquecido e deixa-lo em ordem e confortável;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;

- Anotar no prontuário do paciente, horário da parada, tempo de reanimação e intercorrências;
- Recolher o material e deixar o carro de urgência em ordem e checar para pronto uso;
- Providenciar para que seja passada uma sonda vesical de demora em uma SNG, caso o paciente necessite e ainda não tenha;
- Manter o controle SSVV de modo rigoroso e contínuo ate que ocorra estabilização do quadro clínico;
- Preparar a Administrar medicações conforme prescrição médica pós – PCR;
- Manter avaliação cardiorrespiratória e neurológica contínua;
- Anotar no prontuário.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

N/A.

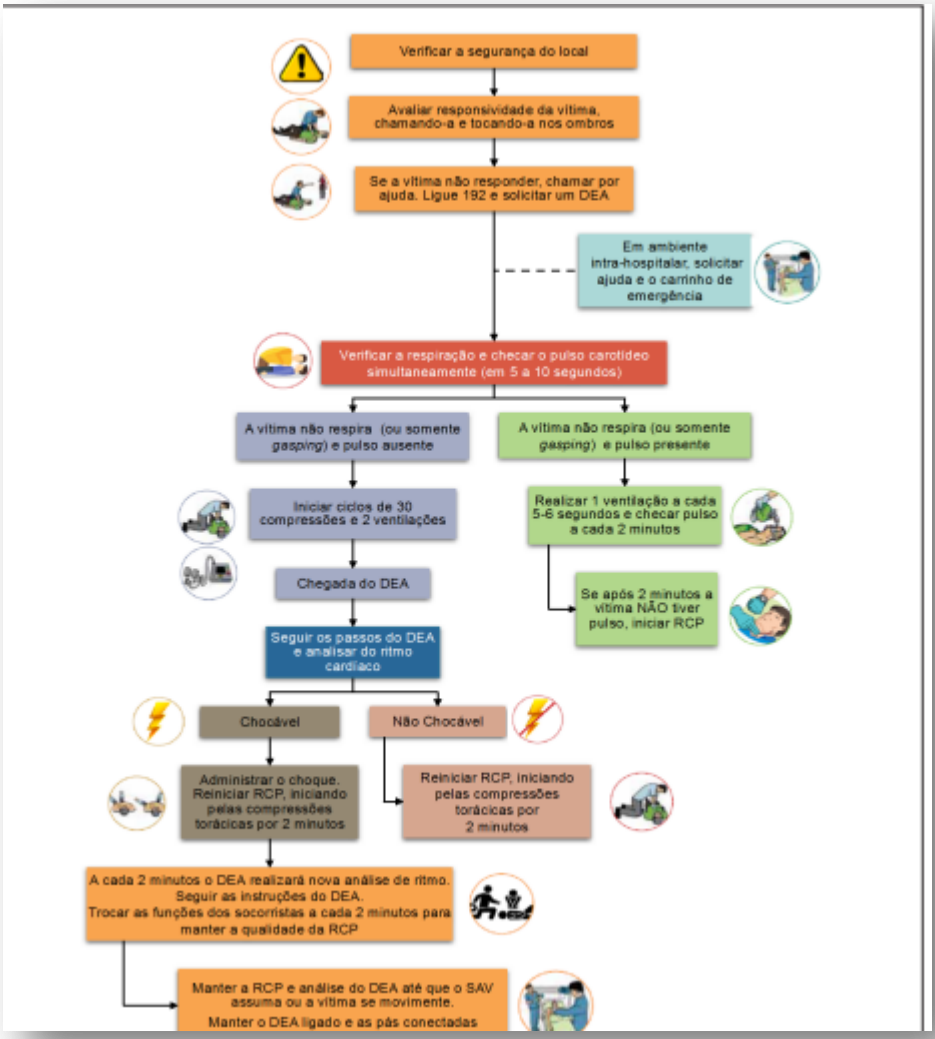
Responsável(is)

- 01 Coordenador (Médico);
- 01 Fisioterapeuta (VM E Massagem);
- 01 Enfermeiro (Coordenar Equipe De Enfermagem E Massagem);
- 01 Técnico De Enfermagem (Preparo De Drogas E Suporte);
- 01 Técnico De Enfermagem (Administrar Medicação E Marcar Tempo).

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.12-1 - Fluxo de Reanimação Cardíaca



13.2.13. Protocolo de Triagem de Paciente Ambulatorial

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	TRIAGEM DE PACIENTE AMBULATORIAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Padronizar as ações para Triagem dos pacientes no Ambulatório de Especialidades.

Aplicabilidade

Ambulatório de Especialidades.

Siglas, Termos e Definições

- PA - Pressão Arterial;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Lista de agendamento;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Relógio.

Descrição do Procedimento

- Identificar os pacientes conforme a especialidade
- Pegar na recepção a relação de pacientes agendados, em seguida verificar os presentes através de chamada verbal e encaminhá-los para triagem.
- Verificar A PA
- Lavar as mãos conforme protocolo de lavagem das mãos;
- Colocar o indivíduo em local calmo com o braço apoiado ao nível do coração, deixando-o confortável, permitindo 5 minutos de repouso. Usar sempre o mesmo braço para a medida;
- Posicionar o esfigmomanômetro de modo a visualizar claramente os valores da medida;
- Selecionar o tamanho da braçadeira para adultos ou crianças. A largura do manguito deve corresponder a 40% da circunferência braquial e seu comprimento a 80%;
- Localizar a artéria braquial ao longo da face interna superior do braço palpando-a;
- Envolver a braçadeira suave e confortavelmente em torno do braço, centralizando o manguito sobre
- a artéria braquial. Manter a margem inferior da braçadeira 2,5 cm acima da dobra do cotovelo;

- Encontrar o centro do manguito dobrando-o ao meio;
- Determinar o nível máximo de insuflação palpando o pulso radial até seu desaparecimento, registrando o valor (pressão sistólica palpada) e aumentando mais 30 mmHg;
- Desinsuflar rapidamente o manguito e esperar de 15 a 30 segundos antes de insuflá-lo de novo;
- Posicionar o estetoscópio sobre a artéria braquial palpada abaixo do manguito na fossa antecubital. Deve ser aplicado com leve pressão assegurando o contato com a pele em todos os pontos. As olivas devem estar voltadas para frente;
- Fechar a válvula da pera e insuflar o manguito rapidamente até 30 mmHg acima da pressão sistólica registrada
- Desinsuflar o manguito de modo que a pressão caia de 2 a 3 mmHg por segundo;
- Identificar a Pressão Sistólica (máxima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente ao primeiro batimento regular audível (sons de Korotkoff);
- Identificar a Pressão Diastólica (mínima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente ao último batimento regular audível;
- Desinsuflar totalmente o aparelho com atenção voltada ao completo desaparecimento dos batimentos;
- Esperar de 1 a 2 minutos para permitir a liberação do sangue. Repetir a medida no mesmo braço anotando os valores observados;
- Registrar a posição do paciente, o tamanho do manguito, o braço usado para a medida e os menores valores de pressão arterial Sistólica e Diastólica encontrados em mmHg. Retirar o aparelho do braço e guardá-lo cuidadosamente a fim de evitar danos;
- Verificar o Pulso
- Lavar as mãos conforme protocolo de lavagem das mãos;
- Explicar ao paciente o procedimento a ser feito;
- Manter o paciente confortável (deitado ou sentado). O braço apoiado na cama, mesa ou colo e com a palma voltada para baixo;
- Colocar os dedos indicador, médio e anular sobre a artéria radial, carótida, temporal, femoral, poplítea, pediosa (POTTER, 1998), fazendo leve pressão, suficiente para sentir a pulsação;
- Procurar sentir bem o pulso antes de iniciar a contagem;
- Contar os batimentos durante 1 minuto o número de pulsações normais no adulto é de aproximada- mente 60 a 80 batimentos por minuto (POTTER, 1998);
- Se necessário, repetir a contagem;

- Anotar no prontuário;
- Lavar as mãos;
- Verificar a Respiração
- Deitar o paciente ou sentar confortavelmente;
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os 2 movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório;
- Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar a observação;
- Contar durante 1 minuto;
- Anotar no papel;
- Observação: não permitir que o paciente fale, não contar a respiração logo após esforços do paciente.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

Técnico de enfermagem.

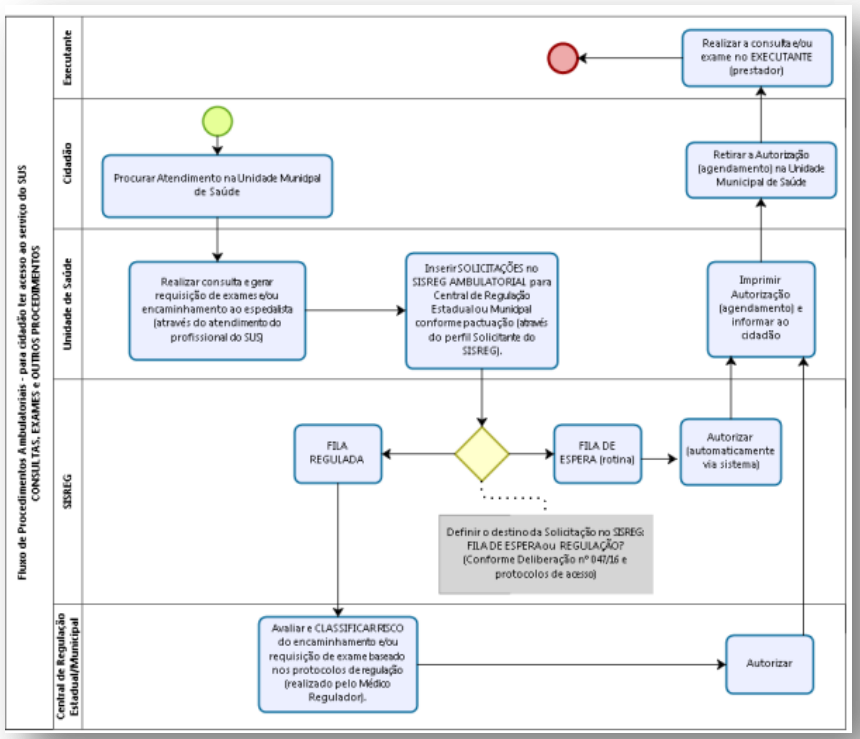
Responsável(is)

Técnico de enfermagem.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.13-1 - Fluxo de Atendimento Ambulatorial



13.2.14. Protocolo de Administração de Medicamentos Intramuscular

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Definir que a administração via intramuscular (IM) permite que você injete o medicamento diretamente no músculo em graus de profundidade variados. É usada para administrar suspensões aquosas e soluções oleosas, garantindo sua absorção em longo prazo. Toda medicação por via intramuscular deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica.

Aplicabilidade

Todos os setores.

Siglas, Termos e Definições

- IM - Intramuscular;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Seringa de 3 ml ou 5 ml;
- 01 Agulha 40/12 para aspiração;
- 01 agulha 25/8 ou 30/8 para administração;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool;
- Medicação a ser aspirada.

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:
- -01 par de luvas de procedimento;
- -Seringa de 3 ou 5 ml;
- -Agulha para aspiração da medicação 40/12;
- -Agulha para administração 25/8 ou 30/8;
- -Bolas de algodão;
- -Álcool a 70%.
- Preparar o medicamento;
- Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;

- Deixar o paciente/cliente em posição confortável, escolher o local para aplicação, se possível permitir que o paciente/cliente faça a escolha com você, deixe a área de aplicação relaxa;
- Fazer a antissepsia do local com álcool a 70%;
- Com a sua mão dominante, segure firmemente o músculo para aplicação da injeção;
- Realizar aplicação no músculo sempre com o bisel lateralizado, introduzir a agulha em um ângulo de 90º;
- Realizar aspiração, sendo recomendado após a introdução da agulha, certificando-se que não houve punção do vaso sanguíneo. Caso tenha ocorrido, deve ser interrompida a aplicação, desprezando o medicamento, e novamente preparando e aplicando;
- Realizar a aplicação do medicamento após a aspiração local;
- Introduzir lentamente o medicamento, observando possíveis reações locais e gerais do paciente;
- Pegar o algodão embebido em álcool e colocá-lo na pele acima da agulha;
- Retirar a agulha segurando pelo canhão com um movimento rápido e único;
- Fazer ligeira compressão no local com algodão;
- Retire as luvas de procedimento;
- Descarte o material, seguindo as precauções padrão;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Proceda à anotação de enfermagem, descrevendo o local da aplicação, para se fazer rodízio na próxima aplicação, constando a assinatura e identificação profissional.

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

- O profissional deverá realizar uma avaliação da área a ser administrada, estando atento quanto a quantidade a ser administrada em cada músculo (Deltoide volume máximo de 2 ml, região glútea e o vasto lateral da coxa até 5 ml) esse volume dependerá da massa muscular do cliente;
- A via de 1° escolha é o vasto lateral, depois glúteo e por fim deltoide, exceto em vacinas;
- Realizar plano de rodízio do local de administração IM.

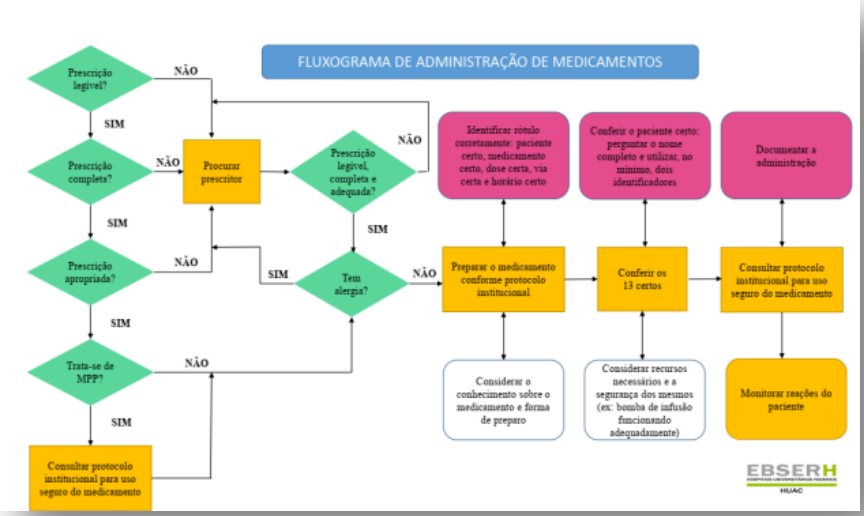
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.14-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos IM



13.2.15. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Endovenosa

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Toda medicação por via endovenosa deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica. A administração endovenosa ou intravenosa é efetuada introduzindo-se o

medicamento diretamente por uma veia, na corrente sanguínea. São indicados para punções periféricas. Podem permanecer na veia por até 72 horas.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

Siglas, termos e Definições

- VE - Via Endovenosa;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Seringa de acordo com o volume;
- Agulhas;
- Algodão com álcool 70%;
- Fita crepe;
- Bandeja;
- Garrote;
- Luvas de procedimento;
- Esparadrapo o micropore (para nova punção venosa s/n);
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento.

Descrição do Procedimento

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Realizar os 9 certos:
- Paciente certos;
- Droga certa;
- Via certa;
- Dose certa;
- Horário certa;
- Registro certo,

- Ação da droga;
- Forma,
- Resposta;
- Preparar a medicação conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;
- Anotar nome, horário, leito, e dosagem, em uma fita adesiva e colar na seringa;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Colocar a bandeja na mesa do paciente;
- Garrote;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e a ação do medicamento, quando for a primeira vez que o paciente faz uso;
- Calçar as luvas
- Observar se o acesso venoso não está obstruído, ou com sinais de infecção;
- Administrar lentamente a medicação;
- Observar as reações do paciente e reação do local da aplicação;
- Salinizar o acesso venoso;
- Fechar o sistema;
- Deixar o paciente em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- Supervisionar o procedimento;

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

- Após a administração de a medicação fechar o sistema com o adaptador estéril ou utilizar o mesmo se este não estiver contaminado.
- A troca do extensor e torneirinha ocorrerá a cada 72 horas.
- Após o banho a fixação do acesso venoso deverá ser trocada realizando-se a antissepsia do local com algodão e álcool a 70%. Esta medida é extremamente necessária para evitar que a cola da fixação juntamente com a unidade não propicie um

meio favorável ao desenvolvimento de microrganismos patógenos e a consequente infecção local.

- Nesta oportunidade deve-se observar o acesso venoso e possíveis sinais flogísticos (dor, calor, rubor).
- Toda a medicação ao ser administrada via endovenosa, deverá ser diluída conforme tabela de diluições de medicamentos.

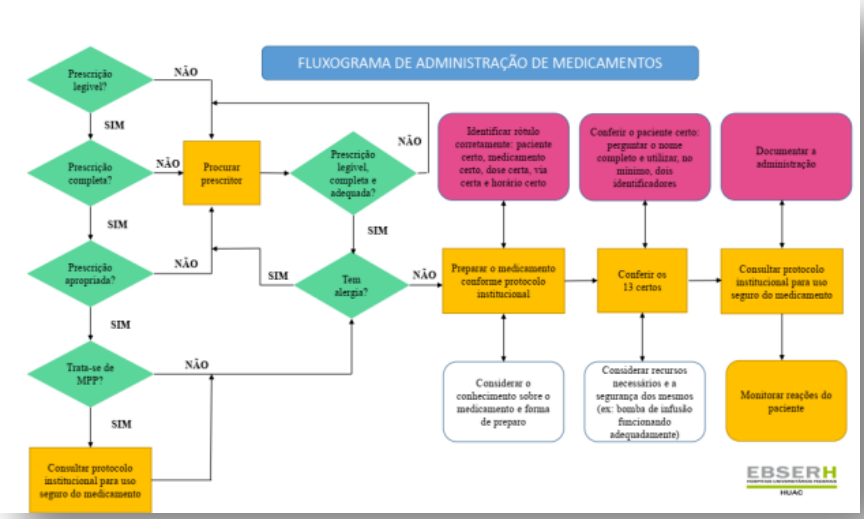
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.15-1 - Fluxo de Adm de Medicamentos EV



13.2.16. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Intradérmica

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Administrar testes cutâneo de alergia ou prova tuberculínica;
- A administração de medicação por intradérmica (ID) de medicações é empregada, sobretudo para fins diagnósticos, quando se testam alergias ou reação para tuberculose;
- Essa via resulta em pouca absorção sistêmica produz efeito principalmente local.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

Siglas, Termos e Definições

- ID – Intradérmica;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Seringa de 1ml;
- 02 Agulhas 1,20x25 (18G), 10x5 ou 13x4,5 uma para aspirar e outra para administrar;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool;
- Medicação a ser aspirada.

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos
- Medicação certa,
- Paciente certo,
- Dose certa,
- Via certa,
- Horário certo,
- Registro certo,
- Ação certa,
- Forma farmacêutica certa,
- Monitoramento certo;
- •Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:
- 01 par de luvas de procedimento;
- Seringa de 1ml = 100UI;
- Agulha para aspiração da medicação 13/4,5 ou 13/4,0;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70% - para fazer a assepsia da bandeja.
- Preparar o medicamento;
- Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;
- Higienizar o local com água e sabão neutro;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher local de fácil visualização, como a região anterior do antebraço, livre de vasos sanguíneos. Para testes de alergia pode ser utilizada a região dorsal;
- Realizar aplicação no ângulo de 10 a 15º, introduza em torno de 3 mm da agulha, não realize aspiração, aplique o medicamento de forma lenta e suave, observando a formação da pápula;
- Caso seja um teste, faça uma demarcação da área para futura avaliação;
- Descarte o material, seguindo a precaução padrão;
- Higienizar as mãos
- Proceder à anotação de enfermagem constando assinatura e identificação profissional.
- Cabe ao enfermeiro responsável pelo posto supervisionar a preparação e a administração da medi- cação.

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

- A antissepsia com álcool a 70% foi abolida neste procedimento para evitar possíveis reações alérgicas entre o antisséptico e o produto injetado, assim como o mascaramento da reação esperada nos testes de sensibilidade;
- Não se faz também a aspiração, pois, na derme, não há risco de se atingir algum vaso sanguíneo;
- Observar o paciente por alguns minutos após a aplicação quando o teste for de sensibilidade;
- Ao realizar a técnica de aplicação, deve-se certificar de não injetar o medicamento profundo, evitando iatrogenia na administração ID. O máximo de volume indicado para essa via é de 0,1 até 0,5 ml.

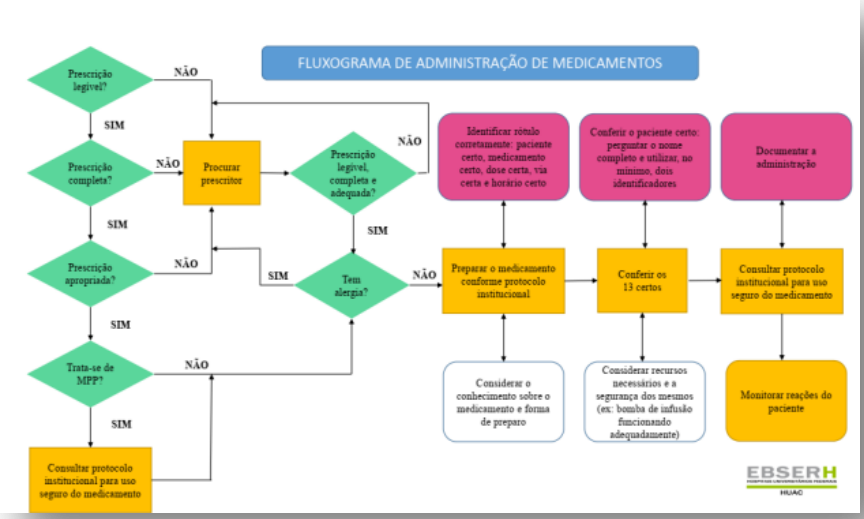
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.16-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos Intradérmico



13.2.17. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Nasal

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Padronizar condutas relacionadas a toda medicação por via nasal deve ser administrada instilando a solução na mucosa nasal mediante e de acordo com prescrição médica.
- Melhorar a segurança do paciente minimizando eventos adversos na administração de medicamentos.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- VN - Via Nasal;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Medicação prescrita (frasco conta-gotas);
- Gazes;
- Bandeja;
- Luva de procedimento.

Descrição do Procedimento

- Checar os 9 certos para administração de medicamentos:
- Medicação certa,
- Paciente certo,
- Dose certa,
- Via certa,
- Horário certo,
- Registro certo,
- Ação certa,
- Forma farmacêutica certa,
- Monitoramento certo;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Abrir o frasco de medicação e aspirar o conteúdo necessário;
- Segurar o conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Instilar diretamente no fundo da cavidade nasal;
- Limpar o excesso de medicamento com gaze;
- Solicitar ao paciente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal;
- Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;
- Recolocar o conta-gotas no frasco;

- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Comunicar ao enfermeiro;
- Aspectos relacionados à recusa, reações do paciente, dor, presença de secreção, sangramento etc.;
- Realizar a dupla checagem, sendo, uma na prescrição médica e a outra registrando a anotação;
- Supervisionar o procedimento

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o servidor, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

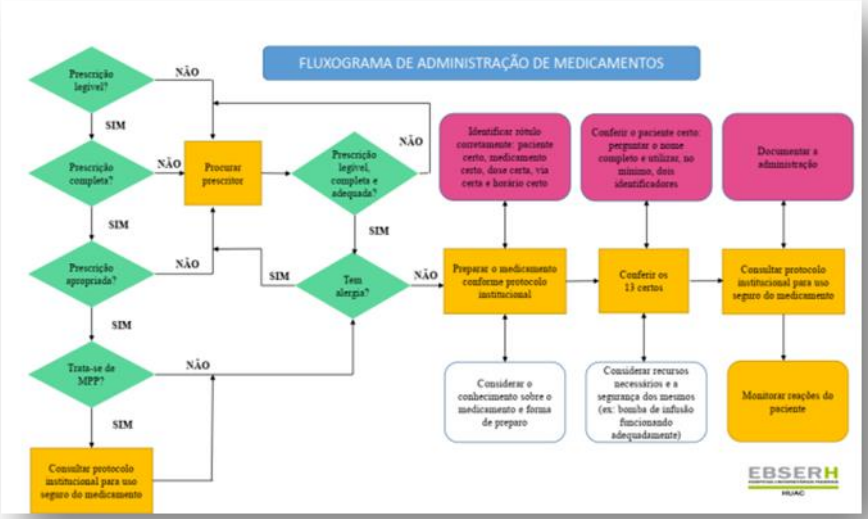
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.17-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos Via Nasal



13.2.18. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Ocular

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Toda medicação por via ocular deve ser administrada no saco conjuntival mediante e de acordo com prescrição médica.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- Via Ocular;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Medicação prescrita (frasco com conta-gotas), tubos com cremes ou pomadas;
- Gazes;
- Algodão para higiene;
- Luvas de procedimento;
- Soro Fisiológico s/n (para limpeza prévia).

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome, leito e dosagem da medicação;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos:
- Medicação certa,
- Paciente certo,
- Dose certa,
- Via certa,
- Horário certo,
- Registro certo,
- Ação certa,
- Forma farmacêutica certa,
- Monitoramento certo;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente ou ao acompanhante;
- Oferecer a gaze ao paciente;
- Colocar o paciente deitado ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Realizar higiene ocular, com algodão embebido em soro, das pálpebras e dos cílios s/n, utilizando luva de procedimento;
- Exponha a conjuntiva inferior, abaixando a pálpebra e exercendo força para baixo com gazes;
- Solicitar ao paciente que olhe para cima;
- Instilar o medicamento no centro do saco conjuntivo;
- Solicitar ao paciente que feche as pálpebras e mova os olhos, permitindo a dispersão do medicamento pelas superfícies conjuntivas;

- Enxugar o excesso do medicamento com gazes, de dentro para fora;
- Fechar o frasco de medicamento;
- Observar as reações do paciente;
- Deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;
- Supervisionar os procedimentos;

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

- As luvas de procedimento deverão ser usadas para proteção do servidor avaliando-se a necessidade frente à presença de secreção ocular ou processo infeccioso;
- No caso de aplicação de pomadas ou cremes depositá-los ao longo da extensão do saco conjuntiva;
- Lembre-se sempre de evitar o risco de contaminação do conta-gotas ou bico do tubo da pomada na mucosa ocular.

Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.18-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos Via Ocular

13.2.19. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Subcutânea

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Toda medicação por via subcutânea deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição Médica.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- VS - Via Subcutânea;

- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Agulha 13 x 4.5 e 40x 12;
- Seringa;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Medicação prescrita;
- Bandeja;
- Fita crepe e luva de procedimento.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos:
- Medicação certa,
- Paciente certo,
- Dose certa,
- Via certa,
- Horário certo,
- Registro certo,
- Ação certa,
- Forma farmacêutica certa,
- Monitoramento certo;
- Preparar o medicamento conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;
- Anote em uma fita adesiva o nome do paciente, número do leito, dosagem, e horário, na seringa de medicamento;
- Levar a medicação até o quarto do paciente dentro de uma bandeja;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao seu acompanhante
- Escolher o local de aplicação e colocar o paciente em posição adequada
- Colocar a luva de procedimento;
- Fazer a antissepsia da pele;
- Com o polegar e indicador, fazer uma prega cutânea e introduzir rapidamente a agulha em um ângulo de 90º em relação à pele;

- Aspirar para verificar se não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido;
- Retirar a agulha num movimento único e pressionar o local com algodão;
- Deixar o paciente e o quarto em ordem;
- Desprezar a agulha e a seringa no coletor de material perfuro - cortante;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- Supervisionar o procedimento

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

N/A.

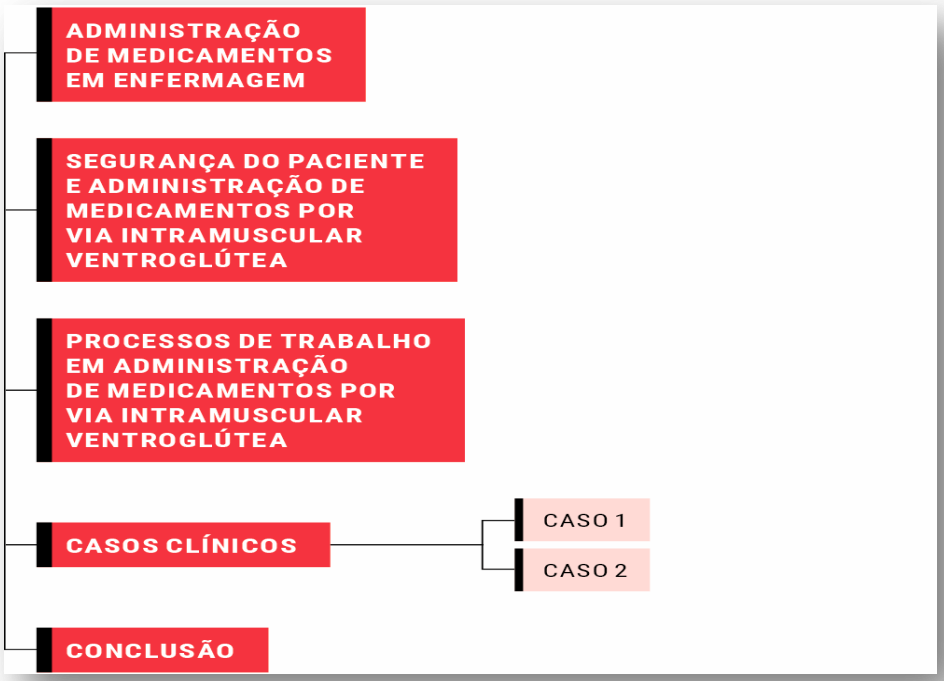
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.19-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos Subcutâneo



13.2.20. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Sublingual

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Toda a medicação por via sublingual deve ser administrada sob a língua mediante e de acordo com a prescrição médica.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- VS - Via Sublingual;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Medicação prescrita;
- Copo pequeno descartável;
- Fita adesiva;
- Bandeja;
- Agulha 40x12 s/n;
- Luvas de procedimento s/n.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos:
- Medicação certa,
- Paciente certo,
- Dose certa,
- Via certa,
- Horário certo,
- Registro certo,
- Ação certa,
- Forma farmacêutica certa,
- Monitoramento certo;
- Anotar em uma fita adesiva, o nome, leito, dosagem e horário da medicação;
- Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Colocar a medicação debaixo da língua do paciente;
- Orientar o paciente para que não engula a medicação;
- Observar as reações da medicação;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja dissolvida;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e anotando qualquer intercorrência;

- Supervisionar o procedimento.

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o servidor, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

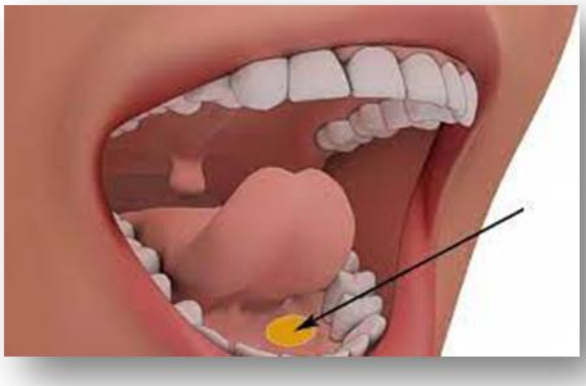
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(S)

N/A.

Figura 13.2.20-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos Sub Lingual



13.2.21. Protocolo de Coleta de Amostra Sanguínea para Hemotransfusão

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COLETA DE AMOSTRA SANGUÍNEA PARA HEMOTRANSFUSÃO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Normatizar o processo de coleta de amostra sanguínea para os testes pré- transfusionais dentro da instituição.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- RT – Requisição Transfusional;
- AT – Agência transfusional;
- EPI – Equipamentos de Proteção Individual;
- HEMOTO - Hemocentro coordenador do Tocantins;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- RT, prontuário do paciente;
- EPI;
- Tubo vacutainer, etiqueta;
- Frasqueira termorresistente;
- Prontuário do paciente;
- Caderno de protocolo;
- RT/Tubo com amostra sanguínea.

Descrição do Procedimento

- A Requisição transfusional deverá conter informações suficientes para a correta identificação do receptor, escrita legível, sem rasuras e abreviações;
- Verificar se o sangue está prescrito no prontuário do paciente antes de iniciar a coleta da amostra sanguínea (rotina e urgência) caso não esteja prescrito repassar caso para enfermeiro do setor para providenciar correção;
- Identificar o paciente corretamente;
- Realizar orientações sobre o procedimento;
- Fazer uso de luvas, gorro, máscara, óculos de proteção, e jaleco de manga longa para coletar a amostra por se tratar de manuseio com material infecto-contaminante, conforme as normas de bios- segurança;
- Utilizar os tubos Vacutainer Tampa Roxa disponível em todos os setores para este fim, apenas uma amostra é suficiente para pedidos comuns. Pedido de fenotipagem coletar 2 amostras;
- Identificar o paciente de maneira correta, confrontar os dados informados pelo paciente com os dados da RT e prontuário afim de evitar erros de troca de paciente;
- Identificar o tubo da amostra sanguínea no momento da coleta, de preferência ao lado do leito do paciente, utilizar a etiqueta específica; anotar na etiqueta nome completo do paciente, data de nasci- mento, data da coleta e nome do responsável pela coleta;
- Coletar de 03 a 04 ml de sangue e introduzir no tubo.
- Acondicionar os tubos e transportar dentro de frasqueira termorresistentes;
- Encaminhar a amostra devidamente identificada à Agência Transfusional junto com Requisição Transfusional (RT);
- Todo o procedimento deve ser registrado no prontuário do paciente, conforme determinação do código de ética de enfermagem;
- Protocolar a entrega da amostra juntamente com a RT à Agência transfusional para controle do ser- viço responsável;
- O horário de recebimento da amostra dependerá do tipo de atendimento:
- Urgência e Emergência - a qualquer momento; Rotina e Reserva.

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

N/A.

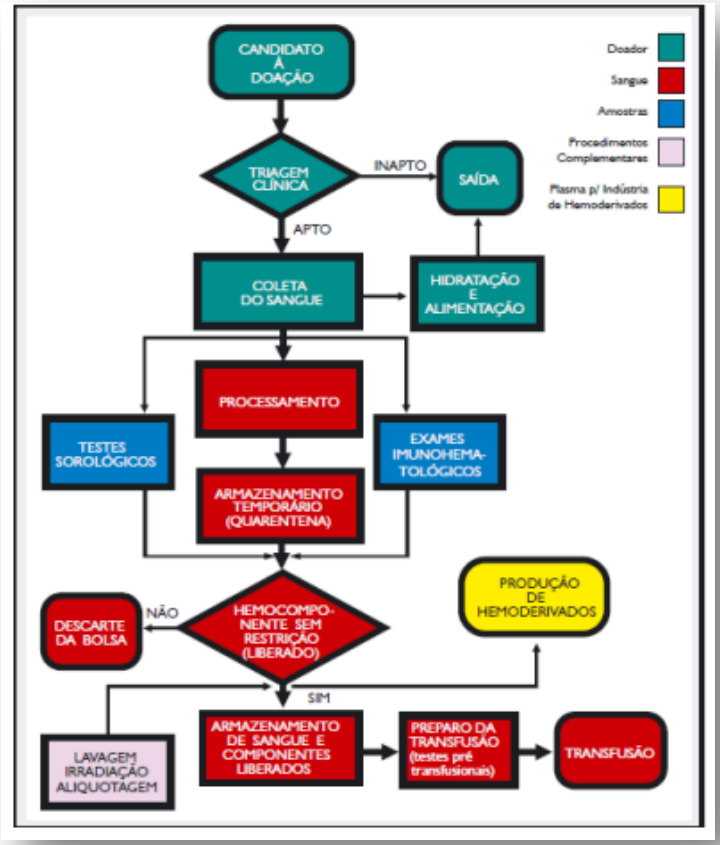
Responsável(is)

Técnico Transfusional, Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.21-1 - Fluxo de Hemotransfusão



13.2.22. Protocolo de Notificação de Reação Transfusional

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Padronizar o processo de notificação de reações transfusionais.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

Siglas, Termos e Definições

- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- NOTIVISA - Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária;
- NSP - Núcleo de Segurança do Paciente;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Fichas de Notificação (Hemocentro);
- Amostra sanguínea e bolsa de hemocomponente;
- Fichas de Notificação (Gerencia de Risco);

Descrição do Procedimento

- Sempre que houver reação adversa a transfusão de sangue, deverá ser preenchido o formulário de notificação do Hemocentro, detalhando a reação ocorrida com paciente;
- A partir da ocorrência do evento preencher a ficha de notificação com a maior quantidade de informação sobre o evento;

- Deverá ser encaminhada para a A.T a Ficha de Notificação preenchida, com nova amostra sanguínea do paciente e quando possível a bolsa de hemocomponentes + equipo para análise;
- Agência Transfusional encaminha a cópia da Notificação à Terapia Transfusional após a análise microbiológica;
- A Terapia Transfusional preenche e encaminha ao núcleo de segurança do paciente o formulário de Notificação de Reação Transfusional próprio desse setor;
- Levantar dados complementares junto ao setor de ocorrência do evento adverso (prontuário) a fim de identificar dados necessários para notificação no Notivisa;
- Mensalmente consolidar os dados através dos formulários de notificação e realizar o cálculo da frequência de eventos adversos;

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

N/A.

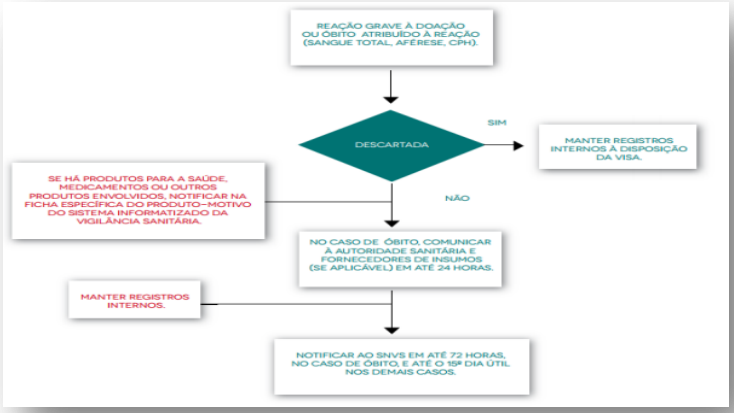
Responsável(is)

Enfermeiro, Técnico Transfusional, Médico, Agência transfusional, Terapia transfusional, Núcleo de Segurança do Paciente.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.22-1 - Fluxo de Notificação de Transfusão



13.2.23. Protocolo de Punção Venosa

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PUNÇÃO VENOSA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

A introdução de um cateter intravenoso em um vaso periférico, por meio de punção percutânea. Deverá ser trocada a cada 72 h ou na presença de sinais flogísticos e/ ou infecção.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- AVP - Acesso Venoso Periférico;
- AC - Acesso Central;
- SF 0,9% - Solução Fisiológica 0.9%;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Cateter venoso (nº de acordo com o paciente): escalpe (Butterfly) ou cateter radiopaco(Abocath /Jelco);
- Algodão embebido em álcool a 70%;
- Dispositivo para mais de uma conexão de equipo (Polifix);
- Equipo;
- Garrote;
- Seringa com SF 0,9% ou solução prescrita;
- Esparadrapo ou micropore;
- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Tala ou atadura para imobilização (se necessário).

Descrição do Procedimento

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e finalidade;
- Em caso de soroterapia:
- Preencher o rótulo com o nome do paciente, n° do leito, volume da solução, tempo de gotejamento ou n° de gotas e o nome do profissional responsável pelo preparo, com caneta de cor adequada ao turno de trabalho; Preencher o equipo e a conexão de duas vias com a solução para a retirada do ar e pinçar;
- Aproximar o suporte de soro ao lado da cama do paciente, preferencialmente do lado a ser puncionado;
- Reunir a solução e o restante do material em uma bandeja e levar próximo ao leito;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher a veia através da palpação e inspeção do trajeto da mesma (dê preferência a dos MMSS, evitando as dobras cutâneas);
- Fixar o garrote acima da região escolhida;
- Solicitar que o paciente feche a mão;
- Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%.;
- Puncionar a veia aproximadamente 1 cm abaixo do local onde a mesma deverá ser alcançada e com um ângulo de 15º entre a seringa e o local;
- Retirar o garrote e observar o retorno de sangue;

- Solicitar que o paciente abra a mão;
- Colocar o dispositivo para conexão de mais de um equipo de soro;
- Injetar SF 0,9% ou instalar solução prescrita;
- Fixar com esparadrapo ou micropore o cateter intravenoso, datar e assinar ou retira-lo caso seja uma aplicação única;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

- A utilização do Polifix deverá se restringir apenas aos pacientes que possuírem prescrição médica de medicamentos a serem administrados por via endovenosa;
- Na punção venosa em RN, lactentes e crianças utilizar talas protegidas para imobilização do membro puncionado;
- Não infundir soluções causadoras de flebite, em acessos periféricos (concentrações altas de potássio, glicose hipertônica a 50% em grandes quantidades, etc.);
- Todo soro veiculado por equipo ou bureta (microfix) deverá ser identificado e a troca do sistema deverá ocorrer a cada 72 horas;
- Todo soro instalado deverá ser identificado com o nome do paciente, volume do soro e seus componentes, data de instalação, hora de início, nome de quem preparou, número do leito e velocidade de gotejamento;
- Só administrar infusões límpidas, sem turvações;
- Equipo para Hemoderivados deverá ser especial (filtro) e desprezado após o uso;
- Contra indicações para punção venosa relacionadas ao local de mastectomia, fístula arteriovenosa, linfo edema, déficit motor e sensitivo, locais com leses cutâneas.

Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

13.2.24. Protocolo de Transfusão de Hemocomponetes e Hemoderivados

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONETES E HEMODERIVADOS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Estabelecer a padronização da transfusão de hemocomponentes e hemoderivados dentro da instituição.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

Siglas, Termos e Definições

- Hemocomponente - São produtos obtidos a partir do sangue total por meio de processos físicos (Centrifugação), (Plasma, plaquetas, concentrado de hemácias, crio precipitado);
- Hemoderivados - São produtos obtidos a partir do plasma por meio de processo físico – químicos, geralmente, produzidos em escala industrial (Fatores de coagulação, albumina, gamaglobulina);
- RT - Requisição Transfusional;
- EPI - Equipamentos de Proteção Individual;
- OS - Pronto Socorro;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Prontuário/ SAE;
- Requisição transfusional (RT);
- Jelco, álcool, esparadrapo, algodão, EPI´s;
- Bolsa de sangue/
- Requisição transfusional (RT);
- Prontuário e ficha de reações;
- Prontuário;
- Prontuário/ bolsa de sangue.

Descrição do Procedimento

- Antes do início da hemotransfusão;
- A cada 10 minutos na primeira meia hora;
- 10 minutos após o término da hemotransfusão;
- Registrar em prontuário/SAE o horário de início, local da punção, calibre do jelco, número da bolsa, tipo sanguíneo e término da hemotransfusão;
- Conferir a RT, o tipo de solicitação, se for urgência ou rotina conferir se o hemocomponete está prescrito em prontuário. Reserva de sangue para a cirurgia seguir POP de reserva de hemocomponentes para cirurgia;
- Realizar punção venosa com jelco calibroso para transfusão. O Acesso deverá ser exclusivo, nenhum medicamento pode ser adicionado à bolsa do hemocomponente, e nem infundido em paralelo (na mesma linha venosa) durante a hemotransfusão;
- Ao finalizar o preparo da bolsa de sangue a A.T comunica ao setor solicitante que o hemocomponete está pronto;
- O Técnico Transfusional encaminha o hemocomponente à Unidade, faz a entrega conferindo os dados da bolsa e do paciente junto ao Enfermeiro do setor;
- Utilizar equipo próprio para transfusão de sangue e hemoderivados;
- Concentrado de hemácias e plasma- 01 equipo para cada bolsa;
- Plaquetas comuns- poderá ser infundido até 07 plaquetas em um único equipo;
- Plaquetas aférese - 01 equipo para cada bolsa;
- Hemoderivados: Realizar a infusão de acordo com a instrução do fabricante;
- Após iniciar a transfusão permanecer por 10 minutos ao lado do leito do paciente conforme preconiza a legislação, período em que normalmente ocorrem as reações transfusionais imediatas;
- Instalar a bolsa de sangue no paciente assim que chegar da A.T;

- Para concentrado de hemácias iniciar a infusão com 10 gotas nos primeiros 10 minutos, depois aumentar o gotejamento para 40 gts/m. O tempo mínimo de infusão é de 02 h e Máximo 04 h, exceto em casos de emergência que poderá correr aberto;
- Plasma e plaquetas a infusão é rápida sendo o prazo mínimo de 30m e Máximo 60minutos;
- Checar a prescrição médica;
- Anotar o horário de início da transfusão nº da bolsa, tipo sanguíneo, volume da bolsa, data de validade e aspecto, e os sinais vitais iniciais;
- Anotar a ocorrência ou não de reações adversas, assinar e carimbar;
- Caso o paciente apresente reação transfusional, interromper imediatamente a transfusão;
- Comunicar a ocorrência ao médico responsável e a agência transfusional.
- Conferir os dados de identificação do paciente novamente para certificar se o paciente certo está recebendo o hemocomponente certo;
- Verificar e anotar os sinais vitais;
- Monitorar o paciente até que estabilize o quadro;
- Coletar nova amostra sanguínea do paciente, encaminhar para a A.T juntamente com a bolsa+ equipo, imediatamente após a reação;
- Notificar o caso, encaminhar notificação juntamente com a bolsa para analise microbiológica;
- Anotar no prontuário todas as informações sobre o caso: horário de início da reação, sinais e sinto- mas apresentados e condutas adotadas, assinar e carimbar.

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

N/A.

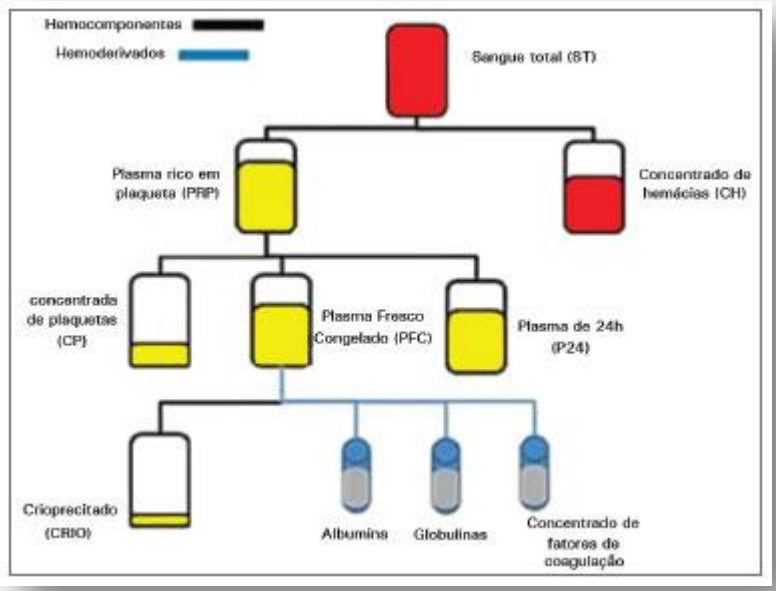
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.24-1 - Fluxo de Transfusão



13.2.25. Protocolo de Colocação de Luvas Estéreis

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COLOCAÇÃO DE LUVAS ESTÉREIS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Padronizar as ações para procedimentos de enfermagem.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Luvas estéreis.

Descrição do Procedimento

- Após realizar a lavagem correta das mãos, abra o pacote de luva;
- Segure nas abas e abra os dois lados que revestem as luvas;
- Com sua mão não dominante, segure a luva pela face interna da luva;
- Introduza os dedos da mão dominante, procurando ajustar os dedos internamente;
- Após esta etapa, introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando-a pela face interna da luva;
- Introduza os dedos da mão dominante, calmamente, procurando ajustar os dedos internamente;
- Introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando-a pela face interna da luva;
- Lembre-se, que agora estamos com uma luva estéril na mão dominante, e não podemos tocar em lugares que não sejam estéreis, seja eles a nossa pele, superfícies ou objetos ao nosso redor;
- Com a mão dominante (enluvada), segure a outra luva pela face externa;
- Sempre segurando pela dobra do punho da luva, introduza calmamente sua mão esquerda (não dominante), na luva, semelhante ao realizado na primeira luva, mas agora, com a cautela de não tocar com a luva na pela da mão esquerda ou em locais não estéreis;
- Siga esta etapa, até introduzir toda a mão esquerda na luva;
- Antes da retirada de luvas, eleja a mão mais contaminada para ser retirado primeiro, a fim de diminuir o risco de contaminação durante o procedimento com os dedos da mão mais contaminada;
- Cuidado para não tocar a pele e respingar o conteúdo da luva com movimentos bruscos;
- Após retirar a luva da mão mais contaminada, deixe-a dentro da outra mão, e com a mão sem luva, retirar a outra luva com um só movimento.

Periodicidade

Sempre que necessário.

Recomendações e Considerações

N/A.

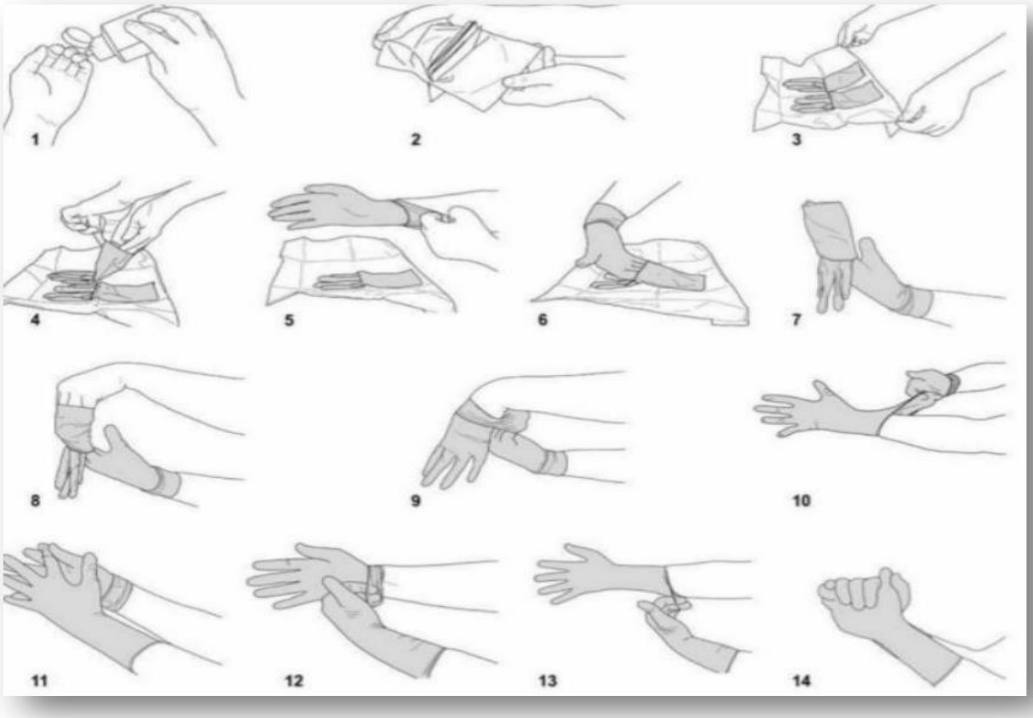
Responsável(is)

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.25-1 - Fluxo da Colocação de Luvas Estéreis



13.2.26. Protocolo de Higienização das Mãos

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Remover ou reduzir os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos evitando sua disseminação.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais e administrativos

Siglas, Termos e Definições

N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Água corrente;
- Sabão líquido neutro;
- Papel toalha;
- Cesto de lixo.

Descrição do Procedimento

- Inspecionar as mãos quanto a sujidade visível;
- Retirar joias e bijuterias;
- Abrir a torneira (com cotovelo), evitando encostar-se a pia;
- Molhar as mãos;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir toda a superfície das mãos;

- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si vigorosamente por 15 segundos;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
- Unir as palmas das mãos entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem, e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular, e vice-versa;
- Manter as mãos em forma de concha e na posição vertical e enxaguá-las, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartáveis, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha para fechá-la.

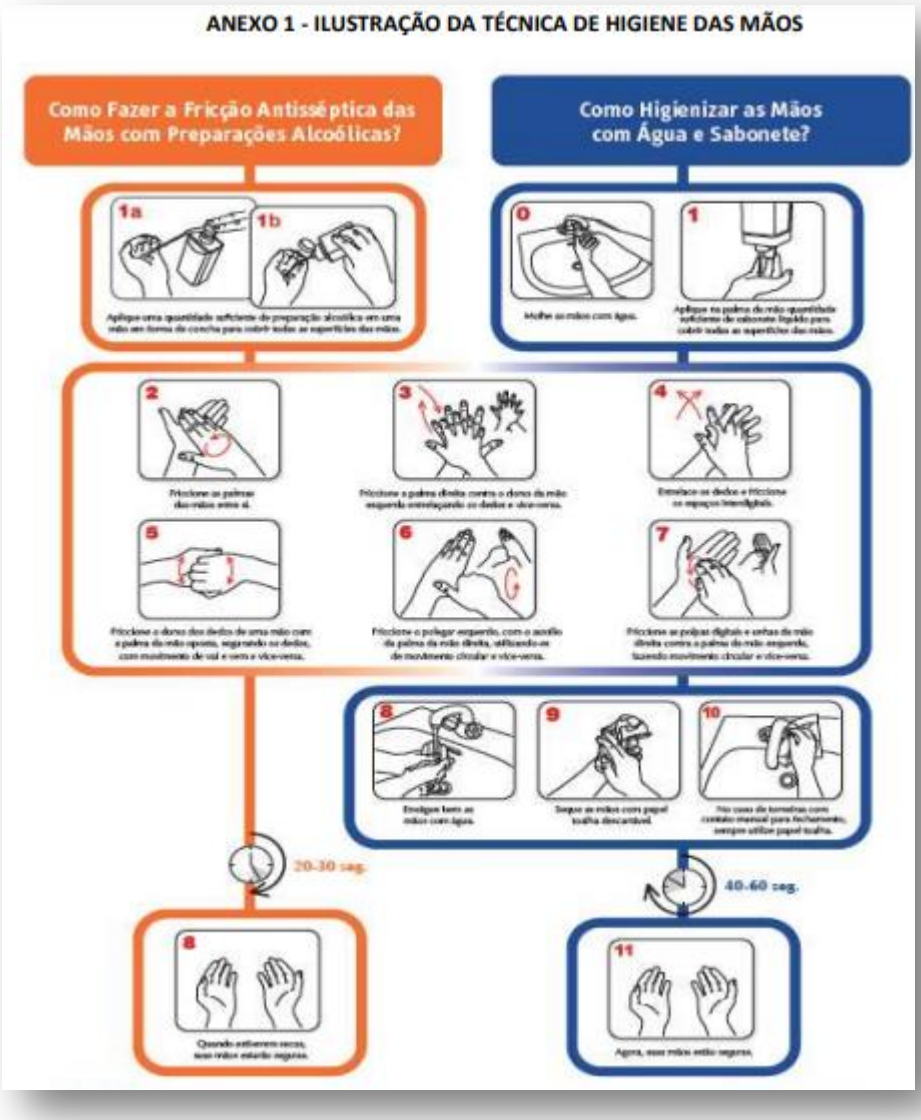
Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

- Quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Após contato com artigos ou em proximidade com o paciente, contaminados com matéria orgânica.

Figura 13.2.26-1 0 Fluxo de Higienização das Mãos



13.2.27. Protocolo de Transporte Intra Hospitalar de Pacientes

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	TRANSPORTE INTRA HOSPITALAR DE PACIENTES	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Transportar pacientes internamente com segurança.

Aplicabilidade

Pronto Socorro, Internação, Hemodinâmica, Centro Cirúrgico, Ambulatório, UTI's.

Siglas, Termos E Definições

- MV;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Materiais conforme o estado do paciente: Monitor multiparâmetros, Esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, etc;
- De acordo com as necessidades do paciente, tais como: oxímetro; monitor multiparâmetros ambú, bala de oxigênio, dentre outros;
- Maca ou cadeira de rodas, Prontuário do paciente, Telefone, Maca ou cadeira de rodas, Prontuário, caneta, carimbo;
- Maca ou cadeira de rodas, compressa e álcool 70%;
- Equipamentos, álcool 70%.

Descrição do Procedimento

- Avaliar paciente a ser transportado: Avaliar estado geral do paciente a ser transportado e suas necessidades durante o transporte conforme resolução COFEN 376/2011.
- Definir equipe de transporte do paciente: De acordo com o nível de complexidade da assistência requerida pelo paciente para o transporte, definir a equipe ideal para transporte do mesmo de acordo com a Resolução COFEN n 376/2011.
- Solicitar auxílio da equipe multiprofissional: Solicitar, caso seja necessário, o acompanhamento de algum membro da equipe multiprofissional, como médico, fisioterapeuta e outros.
- Providenciar equipamentos necessários para o transporte: Providenciar, de acordo com as necessidades observadas pelo enfermeiro que avaliou o paciente, o material necessário de suporte e/ou monitorização do paciente durante o transporte.

- Definir Meio de transporte do paciente: Definir, de acordo com as necessidades do paciente e suas condições clínica e física, o melhor meio de transporte, maca ou cadeira de rodas.
- Providenciar o meio de transporte do paciente: De acordo com as condições do paciente (Clínica e Física) e suas necessidades observadas pelo enfermeiro que avaliou o paciente.
- Providenciar prontuário: Providenciar o prontuário do paciente para acompanhá-lo durante o transporte, caso seja necessário, conforme o enfermeiro que avaliou o paciente.
- Comunicar com enfermeiro do setor de destino: Comunicar ao enfermeiro do setor de destino a par- tida do paciente, estado geral e necessidades na chegada para que sejam providenciadas.
- Empurrar a Maca ou cadeira de Rodas: Empurrar a Maca ou cadeira de rodas até o setor para onde o paciente será levado, desviando de obstáculos e cuidando para que não ocorram batidas da maca ou cadeira de rodas nos mesmos.
- Acompanhar o transporte do paciente: Acompanhar o transporte do paciente, lado a lado, observando-o durante o transporte, avaliando suas condições e/ou alterações durante o transporte, prestando os cuidados necessários e solicitando auxílio se necessário.
- Anotar no prontuário: Anotar no prontuário do paciente o transporte realizado, condições em que foi feito, estado do paciente, alterações observadas e condutas. Identificar nas anotações equipe de transporte.
- Trazer Meio de Transporte e equipamentos pesados de volta ao setor de origem: Trazer a maca ou cadeira de rodas de volta ao setor de origem limpá-la com álcool e guardá-la. Trazer bala de O2 e demais equipamentos pesados ao setor de origem e guardá-los.
- Trazer demais equipamentos leves de volta ao setor de origem: Trazer monitores e demais equipa- mentos utilizados somente no transporte de volta ao setor de origem, realizar desinfecção com álcool 70% e guardá-los em seus lugares.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

N/A.

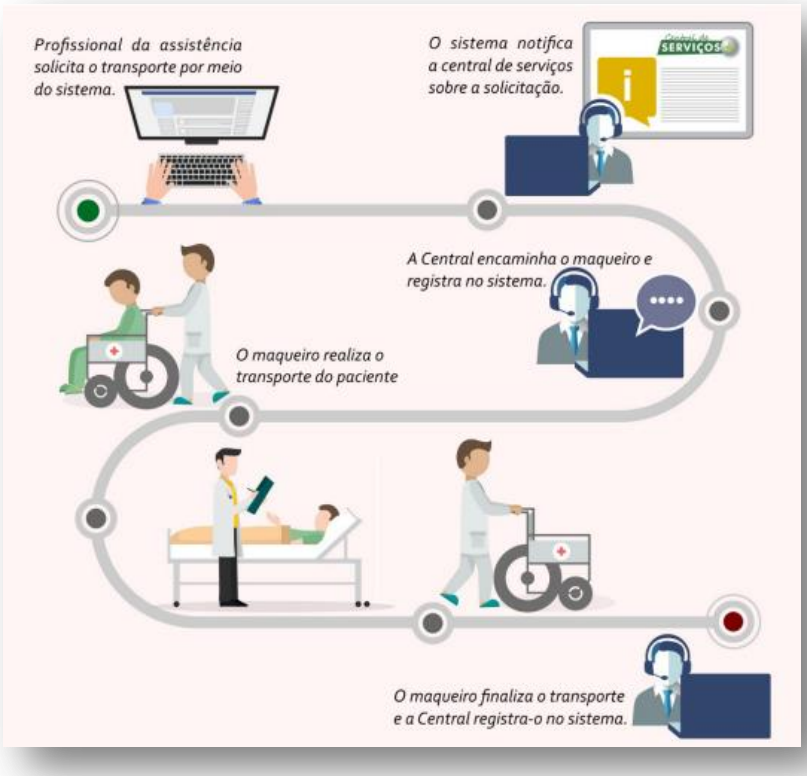
Responsável(is)

Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Maqueiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.27-1 - Fluxo de Transporte de Paciente no Hospital



13.2.28. Protocolo de Alta

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ALTA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Garantir que a alta de pacientes ocorra de forma completa, e que assegure aos pacientes e familiares todas as orientações necessárias para continuidade de cuidados após alta.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todas as unidades de internação.

Siglas, Termos e Definições

- SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- MV – Movimentação de Pacientes; UBS - Unidades Básicas de Saúde;
- N/A : Não se aplica.

Material Utilizado

- Prontuário do RN;
- Protocolo - SAE; Formulário padrão da SAE;
- Livro de Registro dos Enfermeiros da Unidade;
- Pulseirinha de identificação;
- Formulário de Movimentação de Pacientes.
- Formulário alto responsável;
- Formulário de Censo Diário.

Descrição do Procedimento

Enfermeiro

1- Alta hospitalar:

- Confirmar em prontuário a alta hospitalar prescrita pelo médico, antes de se efetuar qualquer tipo de encaminhamentos;
- Realizar exame físico simples para orientações de alta, confirmando as condições de alta tanto para equipe, quanto no relatório de enfermagem;
- Informar ao paciente e/ou aos familiares, as orientações relativas aos cuidados pessoais, horário de medicações (quando necessário), encaminhamentos e retornos (quando indicados)

- Certificar-se de que todas as orientações de cuidados foram assimiladas pelo paciente e/ou familiares para manutenção dos mesmos após alta hospitalar;
- Técnico de Enfermagem

2- Observar dispositivos:

- Retirar venóclise;
- Preparar sondas, drenos, curativos se houver.
- Técnico de Enfermagem

3- Anotar procedimento de alta e transferência:

- Anotar no prontuário a hora da saída de alta, registrando também no livro da unidade;
- Registrar em prontuário dados sobre a alta do paciente, solicitando que o paciente ou responsável o assine.
- Técnico de Enfermagem

4- Saída dos pacientes:

- Acompanhar o paciente até a recepção, quando deverá ser retirada após conferência da mesma pelos funcionários daquele setor;
- Retornar a pulseira ao setor, fixando-a no prontuário;
- Enfermeiro

5- Preencher e encaminhar formulário de Movimentação de paciente:

- Enviar formulário de Movimentação de paciente à Recepção.
- Enfermeiro

6- Checar preenchimento de alta responsável:

- Integrar ao documento entregue ao serviço social.
- Enfermeiro

7- Atualização do Censo Diário:

- Registrar no Censo Diário da ALTA HOSPITALAR.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

- Seguir checklist de organização de documentos para alta, seguindo a especificidade de cada setor de internação, em especial quanto ao Aleitamento Materno e Referência e Contra referência, Banco/ Posto de Leite Humano, etc.;
- A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado.

Responsável(is)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.28-1 - Fluxo de Alta

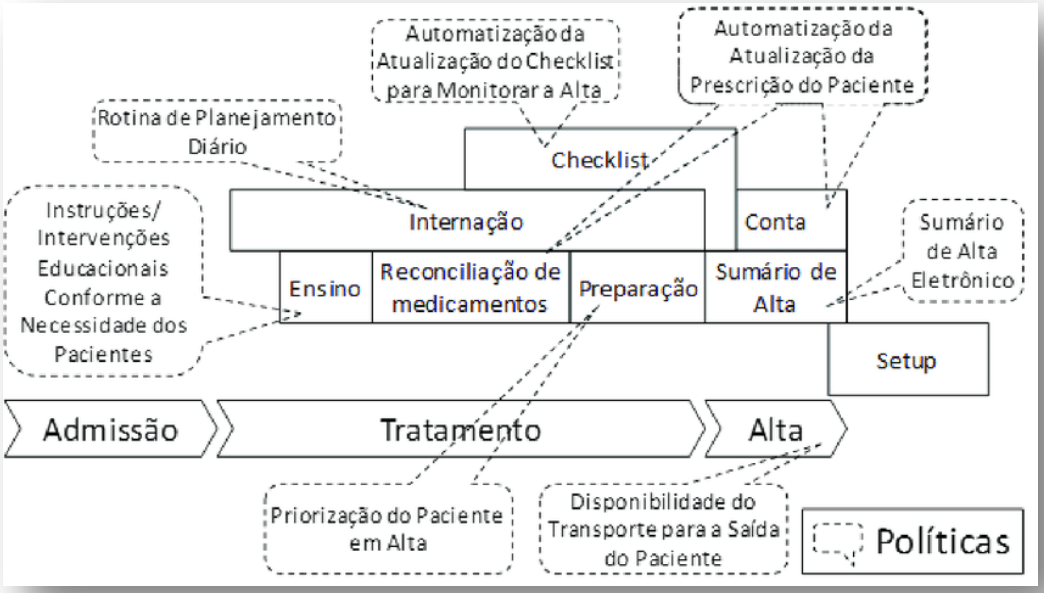
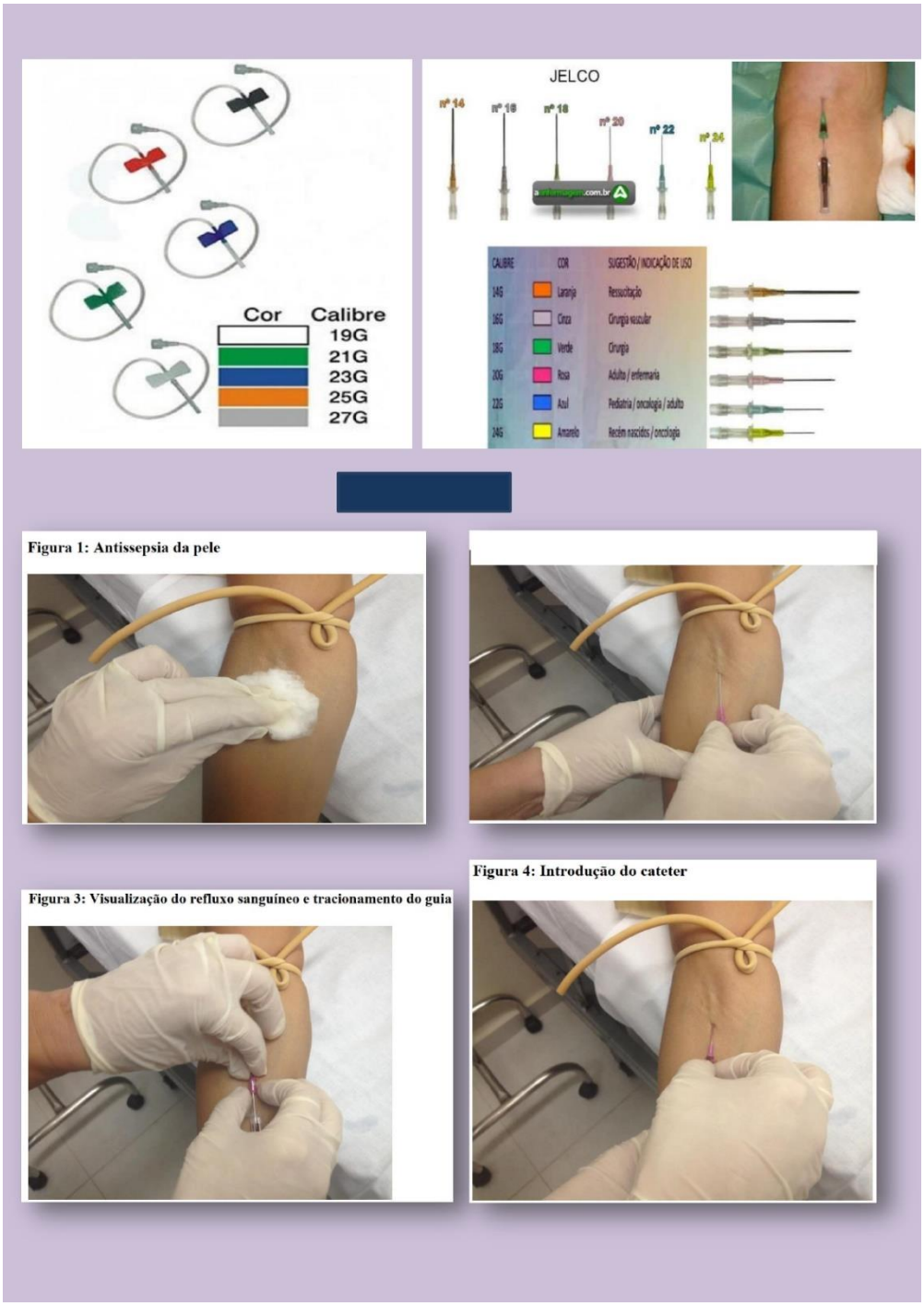


Figura 13.2.28-2 - Fluxo de Punção Venosa



13.2.29. Protocolo de Encaminhamentos após Óbito

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTOS APÓS ÓBITO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Assistir ao paciente em óbito e acolher familiares de forma integral, humanizada e respeitosa, visando prepará-los para os procedimentos funerários.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

Siglas, Termos e Definições

- DO - Declaração de Óbito;
- EIC - Etiqueta Identificadora de Cadáver;
- UP - Unidade do Paciente;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão SAE do setor em que ocorreu óbito;
- Censo Diário;
- Livro de Registro de Óbito;
- EIC - Etiqueta identificadora de cadáver;
- Formulários para DO;
- DO - Declaração de óbito.

Descrição do Procedimento

- Téc. de Enfermagem:
- Registro do óbito
- Conferir a constatação do óbito pelo médico;
- Realizar anotação de Enfermagem no prontuário - SAE, com data, hora e procedimentos realizados;
- Anotar o óbito no Censo;
- Registrar o óbito no Livro de Registro de Óbito;
- Preencher EIC (duas, uma interna junto ao corpo, e outra externa): setor de origem, nome do paciente, data e horário do óbito;
- Informar e providenciar a devolução das medicações à farmácia; informar BLH e Agencia Transfusional;
- Escriturária:
- Encaminhamentos para DO:
- Entregar o Formulário para DO ao médico, quando solicitado pelo mesmo;
- Enfermeiro:
- Encaminhamentos à Equipe Multiprofissional:
- Supervisionar todos os procedimentos descritos;
- SOMENTE FINALIZAR O PROCESSO encaminhando o paciente ao necrotério, após todos os documentos estarem OK;
- Comunicar o óbito ao Setor de Psicologia;
- Comunicar o óbito ao Serviço Social;
- Comunicar o óbito ao serviço de Nutrição;
- Enviar a Declaração de Óbito (Atestado de Óbito) ao Serviço Social;
- Assegurar, juntamente com o Serviço de Psicologia e Serviço Social, o ACOLHIMENTO à família, de forma humanizada;
- Proporcionar aos familiares a opção de participar do processo de preparo do corpo, principalmente em se tratando de RN, antes de encaminhá-lo ao necrotério.
- Técnico de Enfermagem
- Preparo do corpo:
- Preparar e Identificar o corpo conforme o PROTOCOLO PARA ÓBITO;
- Retirar sondas e cateteres do paciente;
- Identificar e entregar os pertences do paciente à família;
- Finalizar o enrolamento do corpo.
- Enfermeiro
- Limpeza Terminal da UP:

- Providenciar desinfecção terminal do leito, conforme rotina do setor e IT para Limpeza Terminal da UP.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

- Médico responsável pela DO é aquele que assistiu o óbito;
- Todos os campos da DO devem ser preenchidos por médico;
- Óbitos sem causa definida, conforme protocolo devem ser encaminhados ao SVO (junto ao IML);
- Identificar o corpo com duas etiquetas, uma interna e outra externa;
- Encaminhar ao necrotério e entregar a DO ao serviço social;
- Entrarem contato com a Recepção I – setor de internações, para dar destino do corpo ao necrotério, até a chegada da Funerária.
- Em caso de problemas com DO, o Serviço Social deverá solicitar correções: 1º) médico que assistiu ao óbito, 2º) coordenador médico da Unidade, 3º) Diretor Técnico e 4º) Diretor Geral;
- A chave do necrotério é responsabilidade do pessoal da Recepção I;
- Cabe ao vigilante acompanhar o funcionário que levará o corpo até o necrotério.

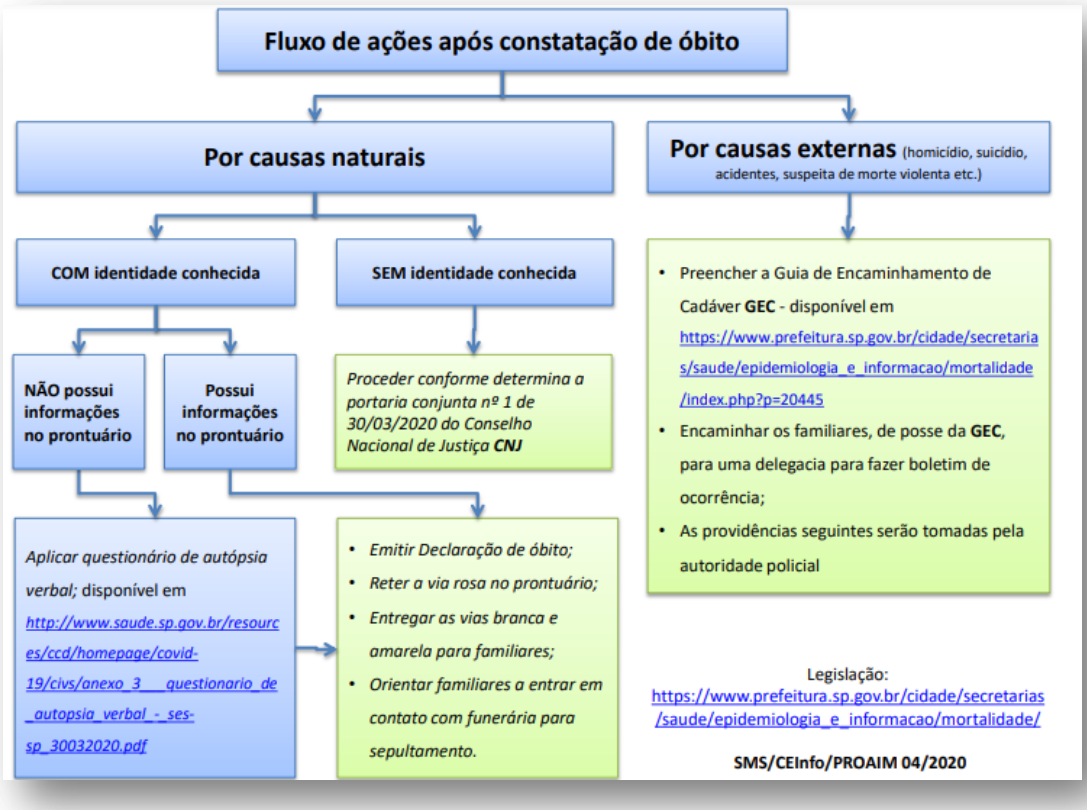
Responsável(is)

N/A.

Registro(s)

N/A

Figura 13.2.29-1 - Fluxo de Pós Óbito



13.2.30. Protocolo de Precauções Respiratórias para Aerossóis

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA AEROSSÓIS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Apresentar a instruções para prevenir a transmissão de microrganismos por aerossóis (partículas de tamanho menor ou igual a 5 micra), que permanecem suspensas no ar e podem ser dispersas a longas distâncias. Aos profissionais de saúde durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por aerossóis e que necessitam de isolamento respiratório, como varicela, sarampo e tuberculose.

Aplicabilidade

Unidade de Internação adulto e infantil, Emergência, Centro Cirúrgico/Obstétrico.

Siglas, Termos e Definições

A transmissão por aerossóis é diferente da transmissão por gotículas. Algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala ou tosse se ressecam e ficam suspensas no ar, podendo permanecer durante horas e atingir ambientes diferentes, inclusive quartos adjacentes (são carreados por corrente de ar). Destinam-se às situações de suspeita ou confirmação de tuberculose pulmonar ou laríngea, sarampo, varicela e herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido.

N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Prontuário do Paciente;
- Máscara tipo N95 ou PFF2 (proteção facial filtro 2).

Descrição do Procedimento

- Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por aerossóis;
- Observe a identificação de "Precauções para aerossóis" na porta do quarto;
- Higienize as mãos antes de entrar no quarto;
- Coloque máscara N95 ou PFF2 antes de entrar no quarto:
- Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme
- Ajuste a haste metálica da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;
- Higienize as mãos antes de sair do quarto;
- Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização, lembrando que o uso da máscara é individual.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

- Mantenha o paciente em quarto privativo superior a 30 dias, desde que se mantenham íntegras, secas e limpas. Utilize a PFF2 durante aassistência a pacientes entubados, pois, pela válvula expiratória, continua ocorrendo eliminação de microrganismos no ambiente;
- O transporte do paciente deve ser limitado e, quando necessário, ele deve sair do quarto usando máscara cirúrgica;
- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro quanto às precauções para gotículas;
- O familiar ou acompanhante que entrar no quarto também deverá utilizar máscara Cirúrgica;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR32);
- A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para aerossóis como abaixo:

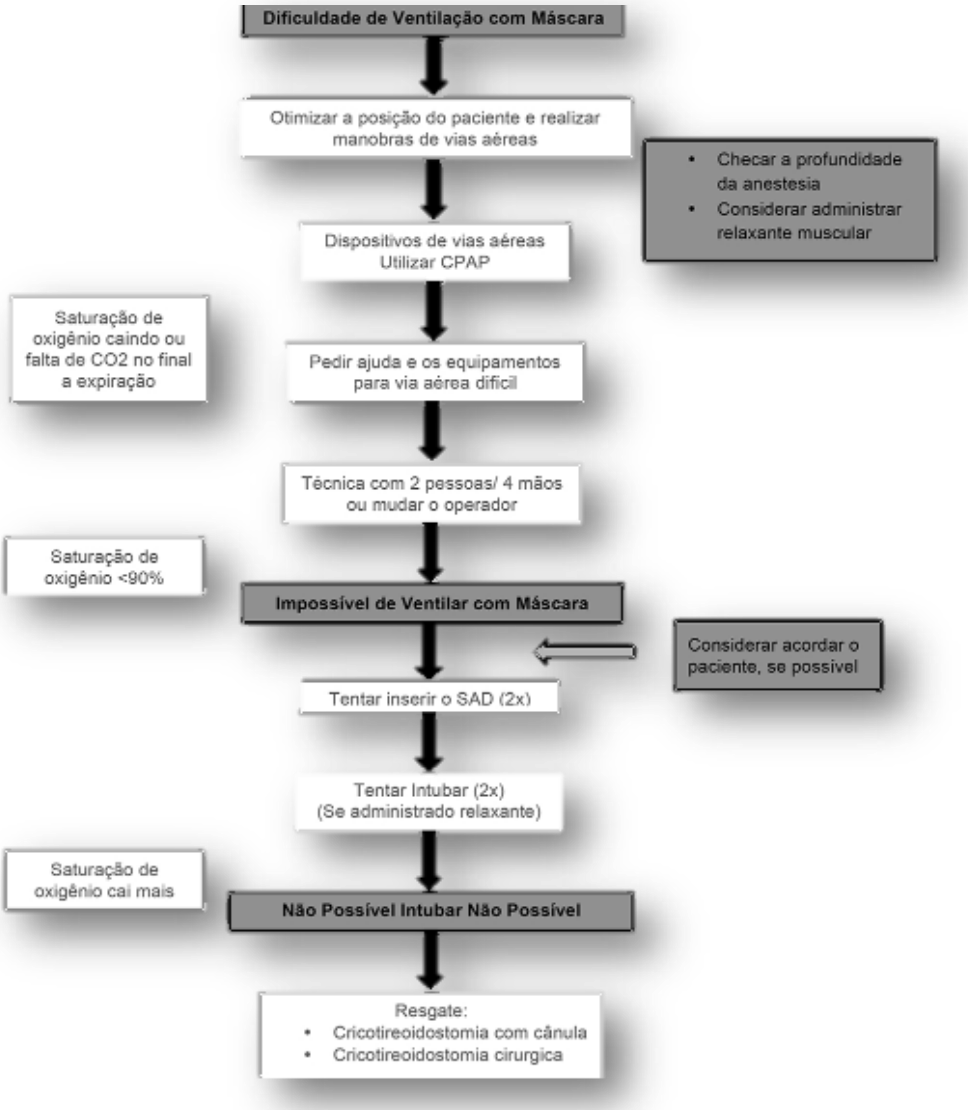
Responsável(is)

Enfermeiro/Téc. e Auxiliar de Enfermagem.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.2.30-1 - Fluxo de Preocupação das Vias Aéreas



13.2.31. Protocolos de Precauções de Gotículas para Isolamento

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PRECAUÇÕES DE GOTÍCULAS PARA ISOLAMENTO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Apresentar aos profissionais de saúde as instruções para Prevenir a transmissão de microrganismos por gotículas, durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por gotículas.

Aplicabilidade

Unidade de Internação adulto e infantil, Emergência, Centro Cirúrgico/Obstétrico

Siglas, Termos e Definições

Gotículas, também chamadas Gotículas de Pflugge são partículas líquidas expelidas para o ar que podem ser gerados por tosse, espirro, conversação de um paciente contaminado por microrganismo.

N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Prontuário do Paciente;
- Máscara cirúrgica

Descrição do Procedimento

- Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por gotículas;
- Observe a identificação de "Precauções para gotículas" na porta do quarto;
- Higienize as mãos antes de entrar no quarto;
- Coloque máscara cirúrgica antes de entrar no quarto:
- Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme
- Ajuste a haste da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;
- Higienize as mãos antes de sair do quarto;
- Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização, lembrando que o uso da máscara é individual.

Periodicidade

N/A

Recomendações e Considerações

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente: use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os perfurocortantes.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outro infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.
- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro quanto às precauções para gotículas;
- O familiar ou acompanhante que entrar no quarto também deverá utilizar máscara cirúrgica;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR32);
- A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para gotículas como abaixo

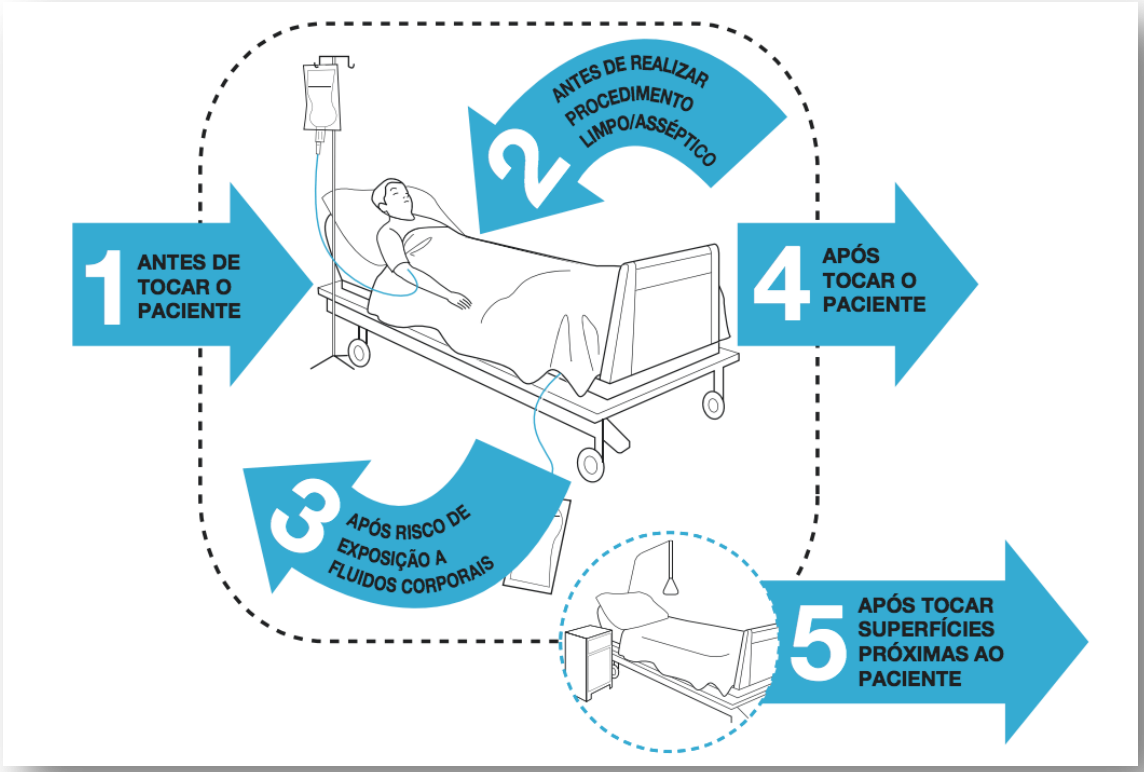
Responsável(is)

Enfermeiro/Téc. e Auxiliar de Enfermagem.

Registro(s)

N/A

Figura 13.2.31-1 - Fluxo de Preocupação com Gotículas para Isolamento



13.3. Protocolos de Enfermagem (Rotinas por Nível de Qualificação dos Profissionais) nas Áreas de Internação/Enfermarias, UTI, CME e Bloco Cirúrgico.

13.3.1. Protocolo de Balanço Hídrico

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	BALANÇO HÍDRICO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Controle da ingestão e eliminações diárias do paciente mantendo o equilíbrio hídrico no organismo.

Aplicabilidade

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica,
- UCI;
- Centro Cirúrgico;
- Unidade de Internação;
- Pronto Socorro e outros.

Siglas, Termos e Definições

- BH – BALANÇO HÍDRICO;
- SNE – SONDA NASOENTÉRICA;
- SOE – SONDA OROENTÉRICA;
- N/A- Não se aplica.

Material Utilizado

- Formulário específico para Balaço Hídrico;
- Caneta;
- Bandeja
- Frasco graduado;
- Comadres e ou Papagaio,
- Luvas de procedimentos.

Descrição do Procedimento

- O controle de balanço hídrico é um procedimento muito importante no acompanhamento de um paciente crítico, pois ele é o processo que mede a ingestão e eliminação de líquidos do paciente, sendo um dos fatos- res de prevenção a outras patologias.
- BH parcial – realizado a cada 6 horas (18:00h; 24:00 h; 06:00 h e 12:00 h).
- BH total – realizado a cada 24 horas.
- BH positivo (+): quando o total administrado for maior que o total eliminado.

- BH negativo (-): quando o total eliminado for maior que o total administrado.
- Confirmar paciente;
- Apresentar-se e orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- O paciente deve ser pesado diariamente, no mesmo horário, com a mesma vestimenta sempre que possível;
- Todos os registros para o BH são feitos em formulário próprio, no qual devem constar as identificações do paciente como: Nome número do leito, data e hora;
- Registrar todos os volumes ofertados e/ou administrados por SNE/SOE, via oral ou parenteral, hemoderivados, em local apropriado com a identificação das infusões e/ou ofertas e registrar todos os volumes eliminados como diurese, vômito, fezes e drenagem de sondas e drenos (todas as perdas devem ser medidas o volume);
- Calçar luvas de procedimentos;
- Pesar fraldas antes de colocar no paciente e depois quando retirar;
- Perdas no leito (urina, fezes, sangramento, vômitos) devem ser debitadas, no adulto com valores de no mínimo 10 ml, quando as fezes forem normais medir com cruzes: (+) pequena quantidade, (++) média quantidade, (+++) grande quantidade;
- Quando tiver suspenso alguma infusão a ser administrada (dieta, soro, medicação, encaminhamento para cirurgia etc.) a mesma deve ser registrada no formulário;
- Ver saldos das infusões contínuas e zerar as bombas de infusão identificando o volume infundido nos frascos de soro;
- Fazer o BH parcial: no final de cada turno de 06 horas. Somando os valores administrados e eliminados no final de cada período 12h;
- Para o cálculo total de 24 horas devem ser somados os valores do balanço parcial diurno e noturno e para o cálculo final subtraímos o valor total de entradas pelo valor total saídas.

Periodicidade

- BH parcial – realizado a cada 6 horas (18:00h; 24:00 h; 06:00 h e 12:00 h);
- BH total – realizado a cada 24 horas.

Recomendações e Considerações

- Para o cálculo total de 24 horas devem ser somados os valores do balanço parcial diurno e noturno e para o cálculo final subtraímos o valor total de entradas pelo valor total de saídas.

- O balanço hídrico deve ser fechado pelo técnico de enfermagem e também pelo enfermeiro para que, seja realizada a dupla conferencia.

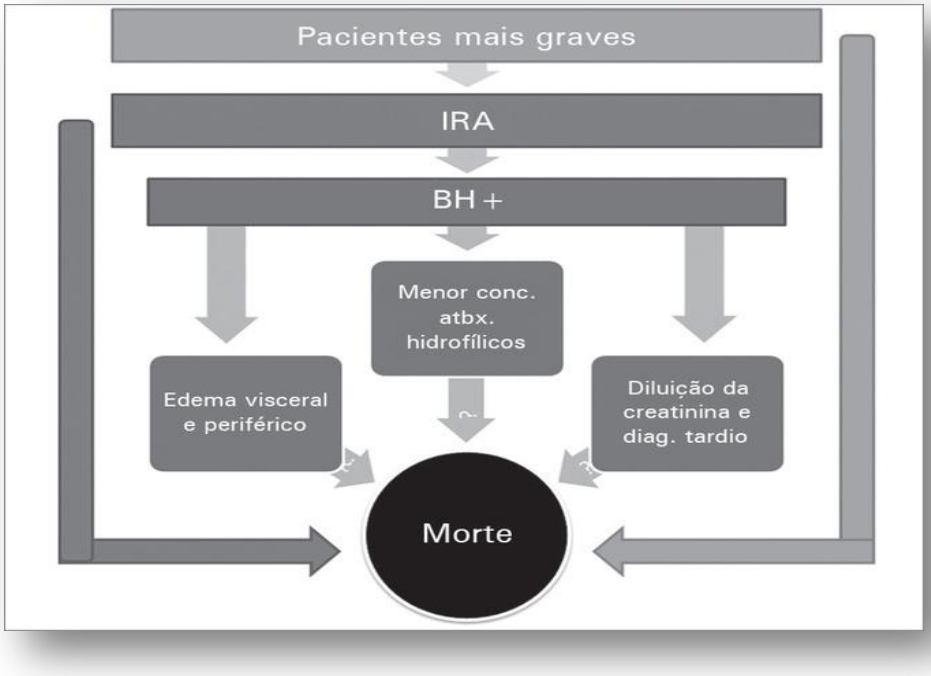
Responsável (is)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

Registro(s)

- Realizar as anotações de enfermagem a registrar os volumes em Formulário específico para Balaço Hídrico;
- Controlar a diferença entre o ganho e a perda de líquidos durante um intervalo proposto.

Figura 13.3.1-1 - Fluxo de Balanço Hídrico



13.3.2. Protocolo de Administração de Nebulização/Inalação/Micronebulização

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO/MICRONEBULIZAÇÃO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Promover a umidificação das secreções das vias aéreas visando facilitar a expectoração;
- Administrar medicamentos absorvíveis pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- NT-Norma técnica.
- CCIH -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- N/A- Não se aplica.
- SAE – sistematização de Assistência de Enfermagem.

Material Utilizado

- Fluxômetro.
- Inalador com medicações prescritas.
- Látex.
- Papel higiênico ou forro.
- Máscaras de inalação.
- Luvas de procedimentos.

Descrição do Procedimento

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme NT da CCIH e reunir o material;
- Levar o material ao quarto do paciente;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Preparar o paciente para receber o tratamento;
- Ligar o inalador ao ar comprimido, ou oxigênio se necessário;
- Orientar o paciente para inspirar profundamente a medicação;
- Providenciar papel higiênico ou forro, para o paciente expectorar;
- Manter inalação durante o tempo indicado e observar o paciente;
- Recolher material e levar para desinfecção (expurgo)
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica

Recomendações e Considerações

- Organizar o material
- Higienizar caso seja necessário
- Verificar prescrição médica
- Usar somente fluídos estéreis para a inalação e manipular o líquido de maneira asséptica;
- Os inaladores são de uso individual e deverão passar por esterilização ou desinfecção de alto nível para serem novamente utilizados em outro paciente.

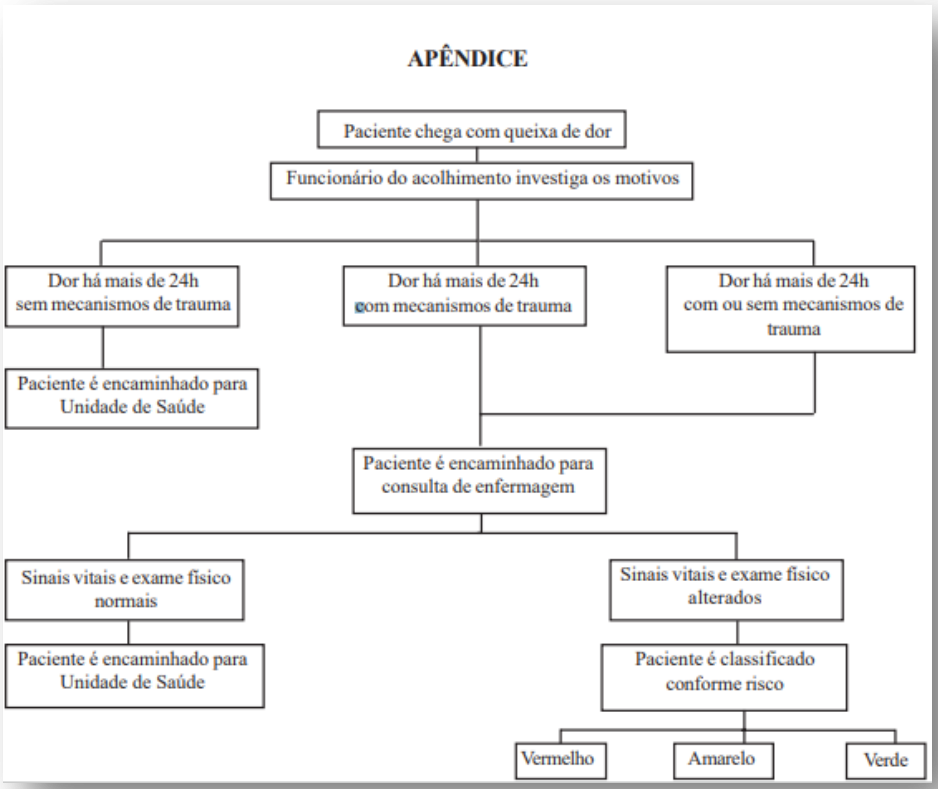
RESPONSÁVEL(IS)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Registro(s):

Checagem no prontuário. Registro na SAE

Figura 13.3.2-1 -Fluxo de nebulização/inalação/micronebulização



13.3.3. Protocolo de Aspiração de Tubo Endotraqueal

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ASPIRAÇÃO DE TUBO ENDOTRAQUEAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Manter vias aéreas pérvias;
- Promover a ventilação adequada;
- Diminuir a colonização microbiana oral e evitar a bronco aspiração.

Aplicabilidade

Sala amarela, sala vermelha, Unidade de Terapia Intensiva - UTI e Unidade de cuidados intermediários - UCI

Siglas, Termos e Definições

- •EPI'S - Equipamento de Proteção Individual;
- NT CCIH - Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- FIO² - (Fração Inspirada de Oxigênio).
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Bandeja
- Sonda de aspiração estéril de calibre adequado para idade do paciente;
- Luvas estéreis;
- Compressas estéreis;
- Água estéril;
- Bolsa de ventilação com pressão positiva, reservatório de O2 e máscara de silicone – Ambú;
- Fonte de oxigênio a 100%;
- Fonte a vácuo ou aparelho de aspiração portátil;
- SF 0,9% na seringa;
- EPI'S (máscara, gorro, óculos, avental);
- Oxímetro de pulso (Se necessário).

Descrição do Procedimento

- Higienizar as mãos conforme norma do Manual do SCIH/HGP;
- Colocar os EPI'S;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;

- Colocar uma compressa estéril sobre o tórax do paciente;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Adaptar uma das extremidades do látex à fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração mantendo-a no invólucro;
- Teste o funcionamento adequado do sistema de aspiração;
- Calçar as luvas de maneira asséptica, designando uma das mãos como estéril e a outra como conta- minada, quando não for possível o auxílio do Técnico de Enfermagem;
- Aumentar a FIO² até dois dígitos por 3 minutos antes de desconectar o ventilador e realizar o procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Segurar a sonda estéril com a mão limpa;
- Desconectar o ventilador mecânico (se necessário) com a mão não dominante e colocar o circuito sobre a compressa estéril;
- Introduzir a sonda de aspiração suavemente no tubo traqueal ou cânula na fase inspiratória, sem aplicação do vácuo, até que se encontre resistência;
- Retroceder aproximadamente 0,5cm para evitar risco de reflexo vagal;
- Aplicar sucção intermitente, enquanto se retira a sonda através de movimentos rotatórios;
- Limitar o procedimento de 10 a 15 segundos no máximo, idealmente 5 segundos para crianças;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reconectar o ventilador (se necessário) e manter restrita observação do paciente durante todo o procedimento;
- Lavar a sonda de aspiração, tendo o cuidado de não contaminar a mesma;
- Limpar a sonda com gaze estéril, se necessário;
- Instilar solução salina se houver secreção espessa, ventilar os pulmões com ambú e realizar o procedimento de aspiração em seguida;
- Realizar aspiração nasofaríngea e orofaríngea na seguinte ordem: introduzir a sonda alternadamente em cada narina e na boca até a faringe;
- Remover as secreções do cateter com água estéril;
- Proteger a extremidade do látex com invólucro estéril;
- Fechar o vácuo e desprezar a sonda de aspiração e demais materiais utilizados no procedimento;
- Reavaliar o paciente;
- Trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas.

Periodicidade

Sempre que necessário.

Recomendações e Considerações

- Prevenir complicações respiratórias;
- Proporcionar uma ventilação eficaz, removendo secreções brônquicas.

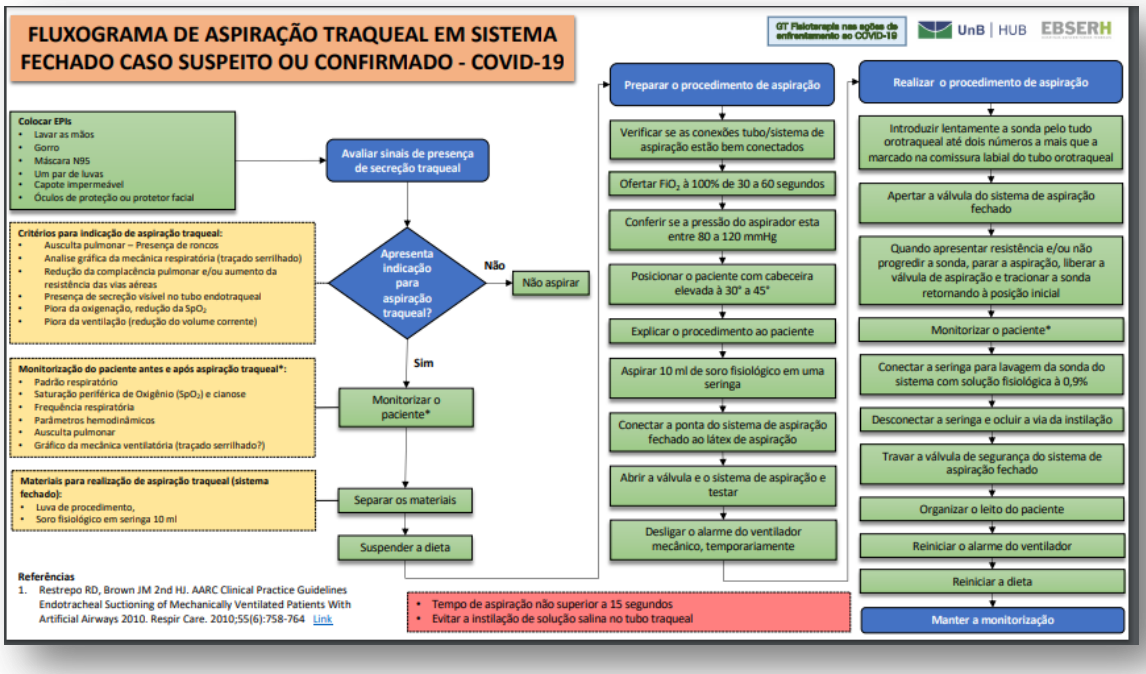
Responsável(is)

Enfermeiro.

REGISTRO(s)

Anotação e checagem em prontuário do paciente.

Figura 13.3.3-1 - fluxo de aspiração de tubo endotraqueal



13.3.4. Protocolo de Administração De Oxigênio Por Máscara Facial

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR MÁSCARA FACIAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos E Definições

- NT - Norma Técnica;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Oxigênio canalizado;
- 01 Fluxômetro para oxigênio;
- 01 Máscara facial de oxigênio;
- 01 Frasco umidificador;
- 01 Intermediário de silicone estéril;
- 01 Frasco de água destilada estéril de 500 ou 250 ml;
- 01 Bandeja de aço inox;
- 01 Par de luvas de procedimentos;
- 05 Unidades de gaze estéril;
- 01 Frasco ampola de soro Fisiológico 0,9% de 10 ml.
- 02 Cotonetes;

- 01 Impresso para anotação de oxigênio.

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Identificar o paciente no prontuário;
- Apresenta-se ao paciente e/ou acompanhante (se possível);
- Higienizar as mãos conforme NT Pág.04 do Manual CCIH;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
- Conectar o fluxômetros à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos;
- Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Encher o macronebulizador com água estéril destilada até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar a água do recipiente;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetros;
- Conectar uma das extremidades do tubo no frasco e a outra na máscara facial;
- Ajustar a faixa elástica ou cadarço até que a máscara se encaixe bem e confortavelmente;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável;
- Abrir a válvula de fluxômetro até produzir vapor de oxigênio;
- Retirar o acúmulo de água no tubo de extensão ou intermediário de silicone;
- Higienizar as mãos conforme NT da CCIH;
- Registrar no prontuário em impresso padronizado a data, a hora do início, do termino e fluxo do oxigênio administrado;
- Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica.

Recomendações e Considerações

- Organizar o material
- Higienizar caso seja necessário
- Verificar prescrição médica
- Fazer limpeza das narinas a cada 8 horas, utilizando luvas de procedimento, 01 cotonete ou gaze e a ampola de SF 0,9%;
- Desprezar a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível inferior a 1/3 de sua capacidade;
- Trocar o sistema acoplado ao fluxômetro quando houver mau funcionamento, sujidade ou a cada sete dias encaminhá-lo para limpeza e desinfecção;
- Em caso de suspensão temporária, guardar o cateter devidamente acondicionado e protegido;
- Se não houver borbulhamento da água no umidificador, checar se o fluxômetro está conectado cor- retamente; se persistir, trocar o frasco umidificador;
- Observar queixa de dispneia, padrão respiratório, frequência respiratória, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de intercorrências;

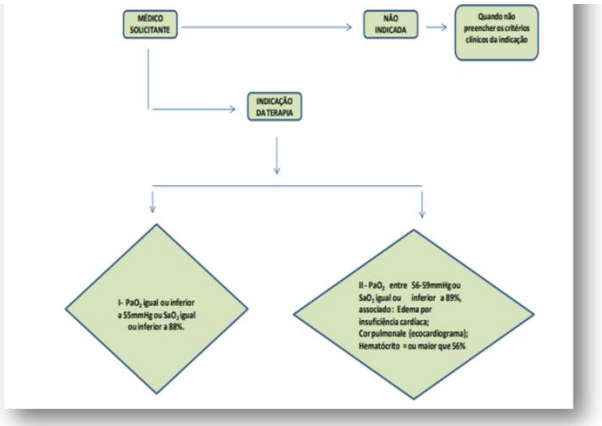
Responsável(is)

Técnico de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro.

Registro(s)

Anotação e checagem em prontuário do paciente. Registrar em SAE.

Figura 13.3.4-1 - Fluxo



13.3.5. Protocolo de Aspiração de Vias Aéreas Superiores

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Manter vias aéreas pérvias, promovendo a ventilação adequada;
- Diminuir a colonização microbiana oral e evitar a broncoaspiração.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- EPI'S - Equipamento de Proteção Individual.
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Bandeja contendo:
- Sonda de aspiração estéril de calibre adequado para idade do paciente;
- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Extensão de látex;
- Frasco de aspiração conectado á rede de vácuo ou ar comprimido;
- Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;
- Aspirador;
- EPI'S (máscara, gorro, Óculos, avental).

Descrição do Procedimento

- Higienizar as mãos conforme PROTOCOLO;
- Colocar os EPI'S;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Adaptar uma das extremidades do látex á fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Iniciar a aspiração pelas narinas;
- Pinçar o látex e introduzir a sonda em uma das narinas;
- Introduzir a sonda de aspiração suavemente, soltar o látex e proceder à aspiração com movimentos semi - rotatórios;
- Introduzir a sonda na cavidade oral até provocar reflexo da tosse, soltando o látex;
- Proceder à aspiração com movimentos rotatórios;
- Sempre que houver necessidade entre uma aspiração e outra lavar extensão da sonda e látex, ao término do procedimento lavar novamente toda a extensão;
- Fechar o vácuo, desprezar a sonda, desconectando-se do látex e proteger a ponta do mesmo;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reavaliar o paciente;
- Deixar o paciente seguro, confortável e unidade em ordem;
- Desprezar no expurgo o conteúdo do frasco coletor;
- Trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas.
- Retirar EPI'S;
- Higienizar as mãos conforme PROTOCOLO;
- Registrar no prontuário a data, hora, aspecto e quantidade das secreções, intercorrências se houver;
- Assinar e carimbar;

Periodicidade

Sempre que necessário.

Recomendações e Considerações

- Prevenir complicações respiratórias;
- Proporcionar uma ventilação eficaz, removendo secreções brônquicas.

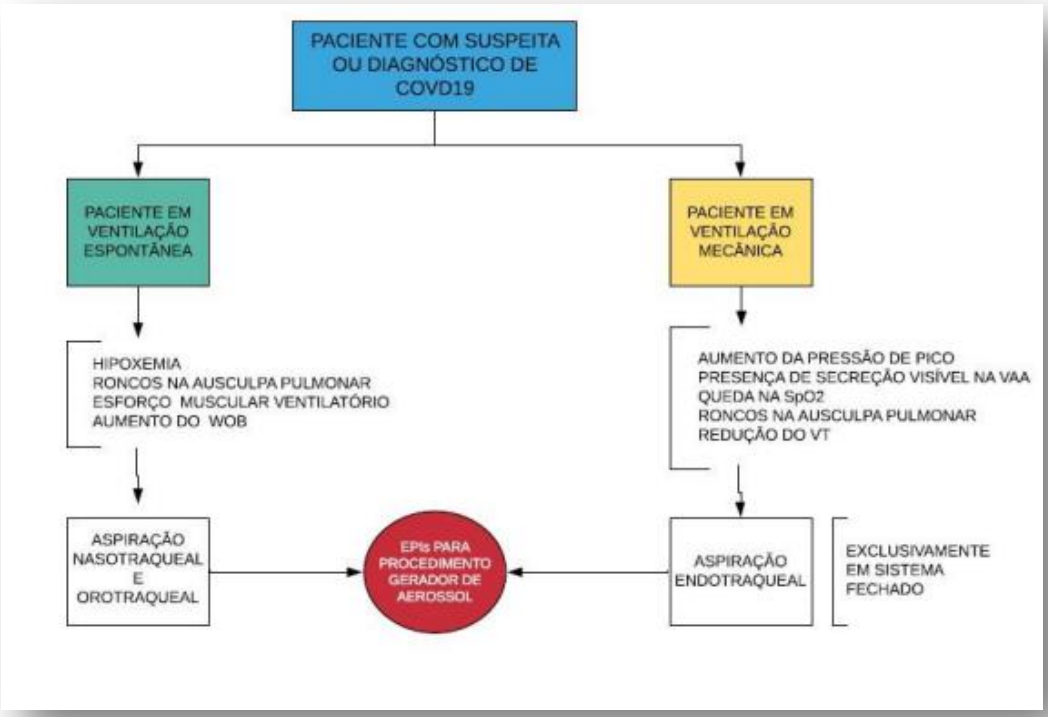
Responsável(is)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Registro(s)

Anotação e checagem em prontuário do paciente

Figura 13.3.5-1 - Aspiração de vias aéreas superiores



13.3.6. Protocolo de Instalação de Oximetria de Pulso

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	INSTALAÇÃO DE OXIMETRIA DE PULSO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Mensurar os níveis de saturação de oxigênio e a frequência do pulso.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- NT CCIH (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar).
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 oxímetro de pulso com cabo de energia;
- 01 sensor em sonda de acordo com o paciente: (se pediátrico 10 cm de fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo);
- 03 bolas de algodão ou 01 pacote de gaze;
- 01 almotolia com álcool a 70%;
- 01 caneta;
- 01 impresso de sinais vitais ou de anotações de enfermagem.

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição do paciente;
- Identificar o paciente através do prontuário e identificação no leito;
- Higienizar as mãos conforme PROTOCOLO

- Separar e preparar os materiais;
- Levar os materiais para a unidade do paciente;
- Fazer desinfecção do sensor com algodão umedecido com Álcool a 70%;
- Verificar a voltagem do equipamento e conectá-lo à fonte de energia elétrica;
- Ligar o monitor e determinar os limites do alarme, tanto para saturação de oxigênio alta quanto baixa, bem como, para as frequências de pulso altas e baixas, de acordo com a idade, condição física ou clínica, terapêutica e riscos;
- Confirmar se o sensor está compatível ao monitor;
- Selecionar a área apropriada para aplicar o sensor com base na circulação periférica e temperatura
- do membro (dedos das mãos, dos pés e lóbulo da orelha);
- Determinar a adequação da circulação periférica, avaliando o enchimento capilar, evitando locais com: edemas, lesões cutâneas, hipotermia ou doença vascular periférica;
- Preparar o sitio selecionado;
- Fixar o sensor no local escolhido, alinhando o receptor e o emissor de luz- um em oposição ao outro.
- Em neonatal e pediátrico: Envolver primeiro uma gaze dobrada e depois passar a fita hipoalérgica;
- Orientar Mãe ou responsável;
- Conectar o sensor do oxímetro ao aparelho;
- Certificar se a luz ou a forma da onda refletem a força do pulso, comparando a frequência radial ou apical do cliente com a frequência do oximetro. Quando existir diferença reavaliar a colocação do sensor;
- Ler o nível de saturação do oxigênio e a frequência de pulso;
- Mudar o sensor de dedo a cada duas horas se sensor de salto (abre e fecha como pregador de roupa) ou a cada 4 horas se adesivo; deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
- Higienizar as mãos conforme PROTOCOLO;
- Registrar no prontuário a data, a hora, o local de escolha para colocação do sensor e os valores das leituras realizadas (saturação e frequência);
- Assinar e carimbar.
- Diante de níveis alterados, avaliar a condição clínica, verificar se o sensor não se soltou e, conferir se o tipo de sensor está adequado ao biótipo e ao local de escolha. Comunicar ao médico, se persistir.

Periodicidade

Conforme necessidade e/ou solicitação do médico ou enfermeiro.

Recomendações e Considerações

Não se aplica.

Responsável(is)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

Registro(s)

Registrar em prontuário e SAE.

Figura 13.3.6-1 - Fluxo de instalação de Oximetria de Pulso

13.3.7. Protocolo de Oxigenioterapia por Cateter Tipo Óculos

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	OXIGENIOTERAPIA POR CATETER TIPO ÓCULOS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- NT CCIH - (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);
- EPI´s - (Equipamento de Proteção Individual).
- N/A – Não se aplica.

Material Utilizado

- Bandeja
- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Extensão de látex;
- Cateter nasal tipo óculos;
- Rede de Oxigênio canalizada ou em torpedos;
- Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;
- EPI'S (máscara, gorro, óculos, avental).

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Checar a identificação do paciente no leito;
- Orientar e explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
- Higienizar as mãos CONFORME PROTOCOLO;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
- Colocar os EPI'S;
- Conectar o fluxômetros à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Encher o umidificador com água estéril destilada ou SF 0,9% até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar o recipiente totalmente;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetros;
- Conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador ao frasco e a outra no cateter nasal;
- Abrir o fluxômetros e deixar um pouco de oxigênio sair para evitar acidentes por saída intempestiva do mesmo e verificar se há borbulhamento da água;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável;
- Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica ou no máximo a 3 l/min. Conforme prescrito;
- Higienizar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição supina ou Semi-Fowler, quando possível;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reunir todo o material, organizar o leito;
- Realizar anotação no prontuário, assinar e carimbar.

Periodicidade

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

Recomendações e Considerações

Não se aplica.

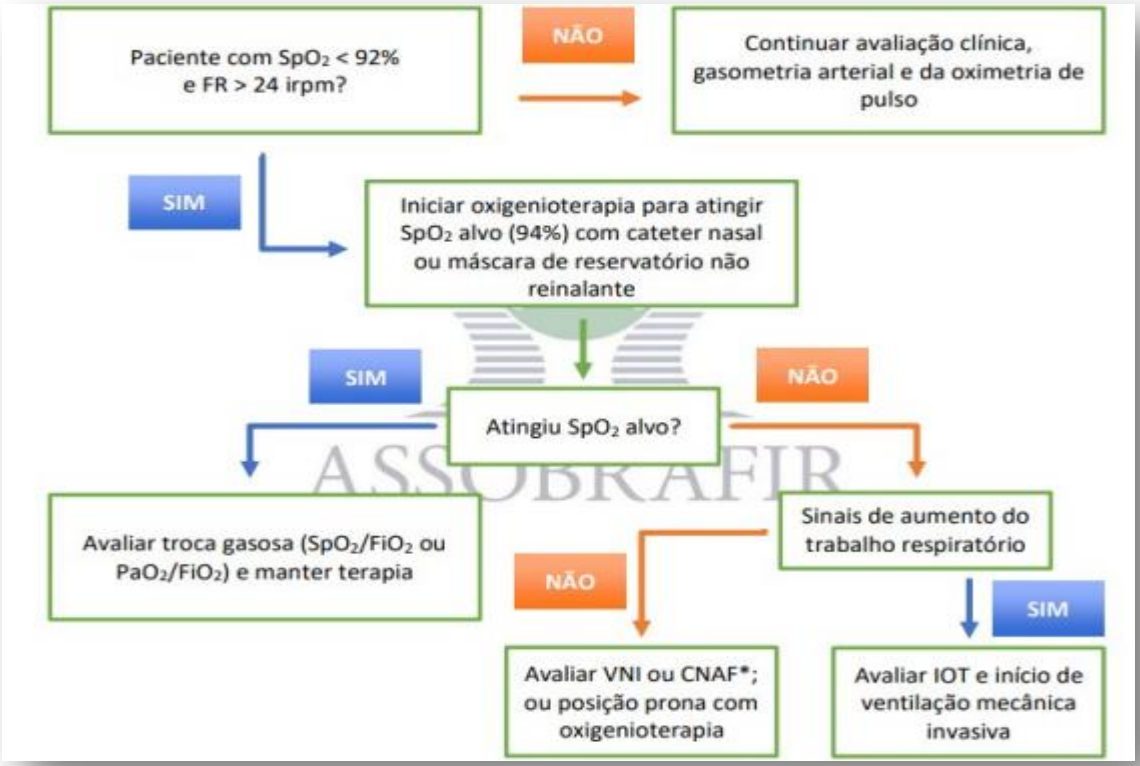
Responsável(is)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

Registro(s)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

Figura 13.3.7-1 - Fluxo de Oxigenioterapia por Cateter



13.3.8. Protocolo de Oxigenioterapia por Cateter Nasal

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	OXIGENIOTERAPIA POR CATETER NASAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Cateter nasal (tamanho apropriado ao paciente);
- Extensão de látex;
- Esparadrapo ou micropore;
- Fita adesiva;
- Umidificador;
- Água destilada estéril ou SF 0,9%;
- Gaze;
- Luvas de procedimento (proteção do servidor).

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Levar o material para o quarto do paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Datar o umidificador com fita adesiva;
- Unir o cateter à extensão de látex e ao umidificador, observar o nível de água destilada ou Soro Fisiológico 0,9%;
- Abrir a válvula do fluxômetro e manter fluindo um pouco de oxigênio;
- Calçar luvas;

- Segurar o cateter com a gaze e introduzir por uma das narinas (após mensurar o cateter do lóbulo da orelha a ponta da narina), delicadamente;
- Fixar o cateter com esparadrapo sobre a face, nariz ou testa do paciente;
- Aumentar o número de litros de oxigênio até a quantidade prescrita.
- Pedir para o paciente respirar pelo nariz a fim de aproveitar totalmente o Oxigênio;
- Retirar as luvas;
- Guardar o material após o uso;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário, com letra legível.

Periodicidade

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

Recomendações e Considerações

- Observar o paciente durante o tratamento;
- Trocar o cateter nasal a cada 24 horas;
- Utilizar preferencialmente o cateter tipo óculos caso haja na unidade.

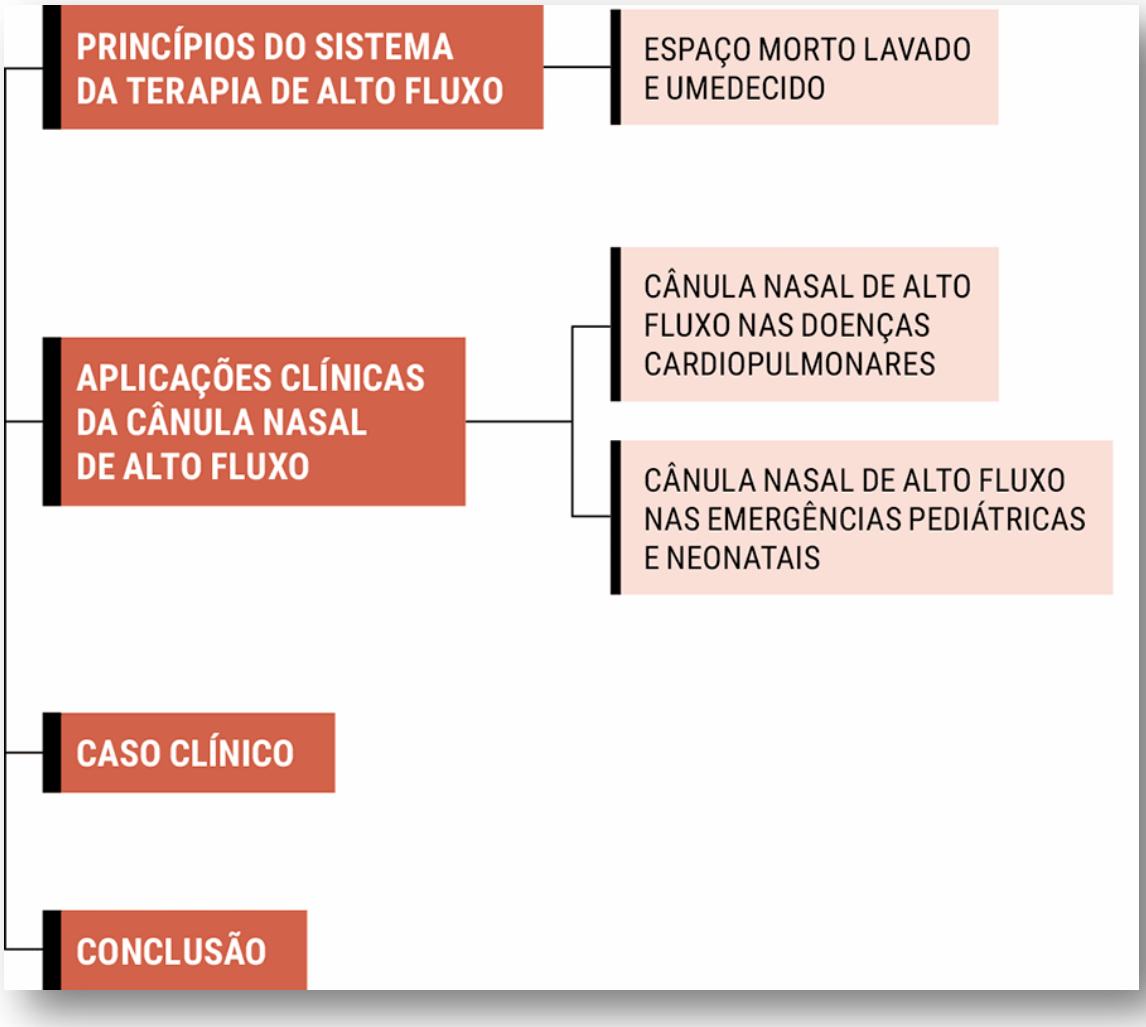
Responsável (is)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

Registro(s)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

Figura 13.3.8-1 - Fluxo de Oxigenioterapia por Cateter Nasal



13.3.9. Protocolo de Administração de Nutrição Oro e Nasoentérica

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ORO E NASOENTÉRICA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico ou complementar os nutrientes, em pacientes que não conseguem deglutir ou manter a ingestão adequada;
- Fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- NE - Nutrição Enteral;
- NT - Norma de Trabalho
- OBS - Observação;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Bandeja de inox limpa e desinfetada;
- 01 Bomba de infusão;
- 01 Frasco de dieta prescrita;
- 01 equipo para dieta enteral;
- 02 Luvas de procedimento;
- 02 Gazes;
- 01 Álcool a 70%
- 01 Fonte de energia para ligar a bomba infusora;
- 01 Conector intermediário para equipo.

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição médica;
- Identificar-se ao paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Higienizar as mãos conforme PROTOCOLO;

- Confirmar paciente;
- Manter o paciente em decúbito dorsal 30º- 40º (essa posição de Fowler reduz o risco de aspiração e promove a deglutição efetiva, facilitando a manipulação da sonda);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Verificar e confirmar o posicionamento correto da sonda.
- Separar e preparar os materiais necessários;
- Conferir no rótulo da dieta enteral o nome do paciente, número de leito, data e hora da manipulação;
- Verificar se a bolsa de Nutrição Enteral encontra-se em temperatura ambiente, antes de administrá-la, para evitar cólica abdominal.
- Verificar aspecto, coloração, validade da dieta enteral e se o frasco continua íntegro.
- Adaptar o equipo ao frasco da dieta;
- Abrir a válvula reguladora da sonda, deixando-a fluir em toda a sua extensão, para retirar o ar do mesmo;
- Fechar a válvula reguladora;
- Adaptar o equipo a extremidade da sonda.
- Colocar o paciente em posição
- Ajustar o gotejamento ou o fluxo, quando em bomba de infusão, programá-la conforme prescrito;
- Abrir válvula reguladora e iniciar a dieta;
- Realizar controle da infusão;
- Após a interrupção da dieta, desconectar o equipo do frasco e conectá-lo ao da água, deixando fluir por toda sua extensão, lavando o equipo antes de instalar a próxima dieta;
- Após desconectar o equipo da sonda, fechar a mesma e proteger a extremidade do equipo com a própria tampa;
- Atenção: Ao prazo de validade identificado no frasco da dieta, antes, durante e após instalação.
- Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade organizada;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme Manual do CCIH;
- Anotar, assinar e carimbar.

Periodicidade

De acordo com prescrição médica.

Recomendações e Considerações

- Manter o paciente em decúbito dorsal entre 30º- 40º durante administração da dieta.
- Em caso de obstrução de sonda, detectar a causa, auscultar e tentar desobstruir, caso contrário repassar nova sonda, ausculta e solicitar ao médico o pedido de um novo Raio X, para confirmar o posicionamento.

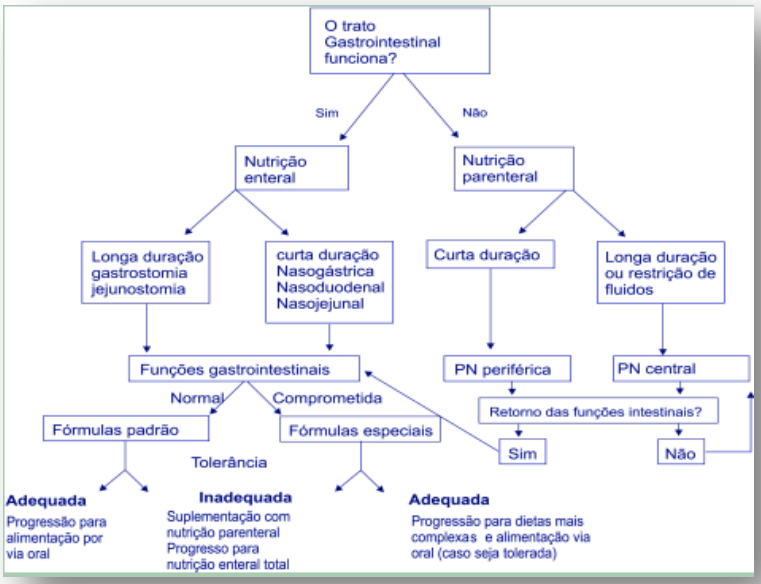
Responsável(is)

Técnico de Enfermagem sob supervisão do Enfermeiro.

Registro(s)

Realizar a checagem e fazer as anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume infundido.

Figura 13.3.9-1 - Fluxo de Nutrição Oro e Nasoentérica



13.3.10. Protocolo de Administração de Nutrição Parenteral

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Proporcionar suporte energético e nutricional para manter as funções orgânicas e preservar a estrutura corpórea;
- Suprir as necessidades de nutricionais do paciente de forma segura e eficiente.

Aplicabilidade

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UCI;
- UCIN;

Siglas, Termos e Definições

- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- NPT – Nutrição Parenteral Total;
- NT - Norma de Trabalho;
- OBS - Observação;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Bandeja de inox limpa e desinfetada;
- 01 Bomba de infusão;
- 01 Frasco/ Bolsa de dieta prescrita;
- Equipo fotossensível de bomba de infusão;

- 02 Luvas de procedimento;
- 02 Gazes;
- 01 Álcool a 70%
- 01 Fonte de energia para ligar a bomba infusora.

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição médica;
- Solicitar na farmácia a retirada da bolsa de nutrição parenteral da geladeira e mantê-la em ar ambiente;
- Separar e preparar os materiais necessários;
- Aguardar a bolsa de nutrição parenteral atingir a temperatura ambiente antes de administrar no paciente;
- Conferir no rótulo da dieta Parenteral o nome do paciente, número de leito, data, hora da manipulação, composição e volume;
- Verificar integridade da bolsa de dieta parenteral, validade, alterações na coloração ou presença de partículas de precipitação;
- Confirmar paciente;
- Apresentar-se e orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Higienizar as mãos conforme PROTOCOLO;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a desinfecção dos conectores do acesso venoso;
- Verificar e testar se o acesso está pérveo.
- Adaptar o equipo a bolsa da dieta, deixando-o fluir em toda a sua extensão, para retirar o ar do mesmo, em seguida fechar a válvula reguladora;
- Instalar a nutrição parenteral conforme prescrição médica usando técnica asséptica.
- Instalar imediatamente o equipo ao dispositivo intravenoso (PICC, cateter umbilical, flebotomia ou acesso venoso central) e mantê-lo exclusivo para dieta parenteral.
- Ajustar o gotejamento ou o fluxo em bomba de infusão, abrir a válvula reguladora e iniciar dieta;
- Sendo infusão contínua: verificar a cada 2 horas e anotar o volume infudido no prontuário do paciente ou na ficha de balanço hídrico;
- Após o término da dieta, desconectar o equipo do dispositivo intravenoso e descartar junto com a bolsa da dieta vazia;
- Proteger a extremidade do dispositivo intravenoso com a própria tampa;

- Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme PROTOCOLO;
- Anotar, assinar e carimbar;

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica.

Recomendações e Considerações

- A NPT deverá ser infundida exclusivamente por cateter venoso central em via exclusiva;
- Observar a infusão da NPT constantemente;
- Observar parâmetros vitais durante e/ou após a administração da NPT.

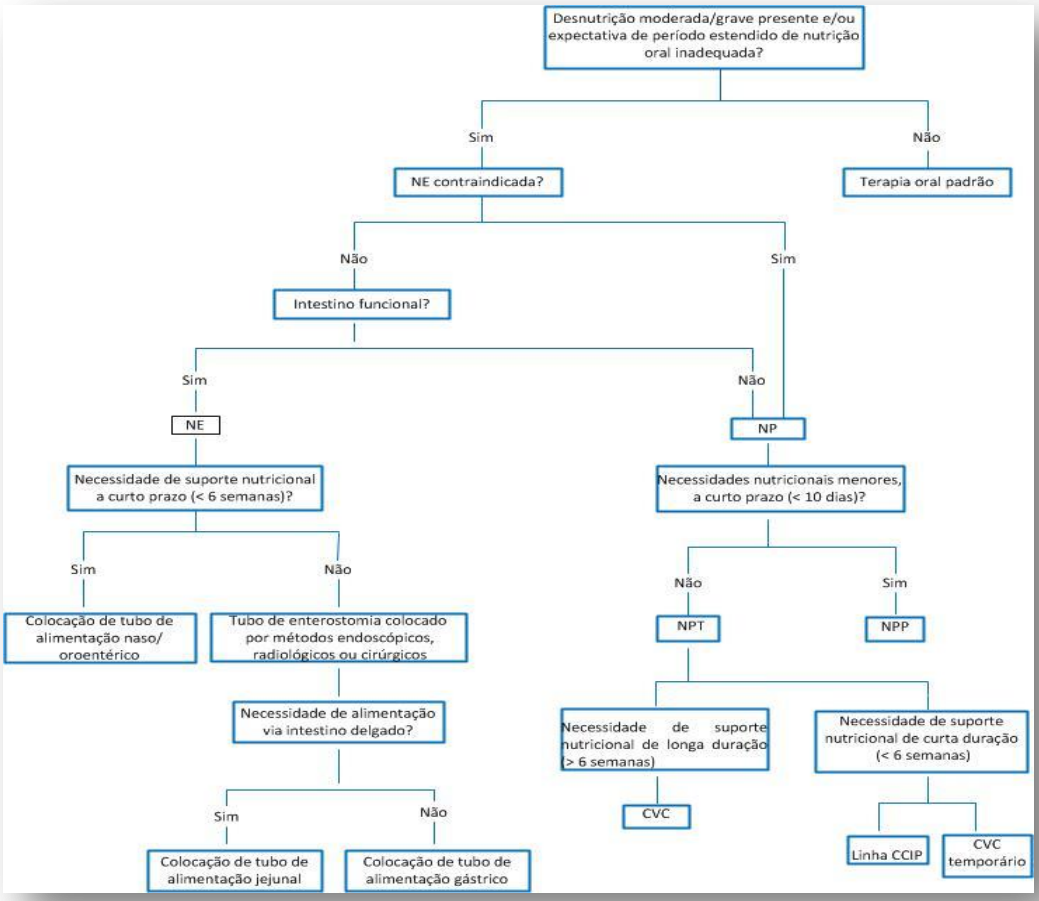
Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

Realizar a checagem, fazer as anotações e evoluções de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e registrar intercorrências. Em pacientes com registro de balanço hídrico, incluir o volume no espaço referente à "Ganhos".

Figura 13.3.10-1 - Fluxo de Nutrição Parenteral



13.3.11. Protocolo de Nutrição por Gastrectomia

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	NUTRIÇÃO POR GASTRECTOMIA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Oferecer suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico, complementar os nutrientes, em pacientes que não conseguem deglutir ou manter a ingestão adequada.

Aplicabilidade

- UTI Adulto;
- UTI Pediátrica;
- Unidade de cuidados intermediários;
- Unidade de Internação;
- Pronto Socorro;
- Unidades de Internação etc.

Siglas, Termos e Definições

- BIC - Bomba de Infusão Contínua;
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Frasco com dieta prescrita;
- Equipo de soro ou equipo para bomba de infusão;
- Seringa de 20 ml;
- Frasco com água filtrada;
- Luva de procedimento

Descrição Do Procedimento

- Reunir o material;
- Realizar higienização das mãos conforme norma técnica do CCIH;
- Apresentar-se ao paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
- Verificar se a bolsa de nutrição enteral encontra-se em temperatura ambiente antes de administrá-la no paciente; caso contrário, aguardar atingir temperatura adequada;
- Verificar integridade da bolsa de dieta, validade, alterações na coloração ou presença de partículas de precipitação;
- Acomodar o paciente mantê-lo em decúbito dorsal cabeceira 45º garantido que o paciente esteja com a cabeceira elevada, medida importante para evitar refluxo gastresofágico;

- Avaliar o local da gastrectomia quanto a presença de desgaste, irritação ou drenagem e sinais flogísticos.
- Calçar as luvas;
- No caso de administração por bomba infusora, ajuste a bomba e o tempo de infusão, conforme prescrições da nutricionista ou do médico;
- Examine a sonda de gastrectomia, procurando bloqueios que impeçam o fluxo do líquido a ser in- fundido;
- Feche a pinça e conecte o equipo da bomba ou a seringa a sonda;
- Abra a pinça e inicie a alimentação, no caso de administração de dieta pela seringa, faça-o na vazão de 5 ml a cada 30 segundos, repetindo esta operação até o esgotamento do volume da refeição;
- Ao termino da alimentação, desconecte o tubo e infunda 50 ml de água, como no início do procedimento;
- Programar o gotejamento da dieta na BIC, conforme a prescrição da equipe de nutrição e/ ou médica;
- Após a passagem de dieta lavar a sonda;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Deixar a unidade organizada;
- Registrar no prontuário ou no formulário de balanço hídrico o volume de dieta infundido de acordo com a rotina de cada setor (ex: 2/2 h, 6/6h);

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica.

Recomendações e Considerações

Comprimidos devem ser macerados individualmente, em água filtrada ou mineral e administrados e NUNCA devem ser administrados com a dieta. O CG (Cateter de Gastrectomia) deve ser lavado com 30mL após a administração dos medicamentos, a fim de evitar resíduos.

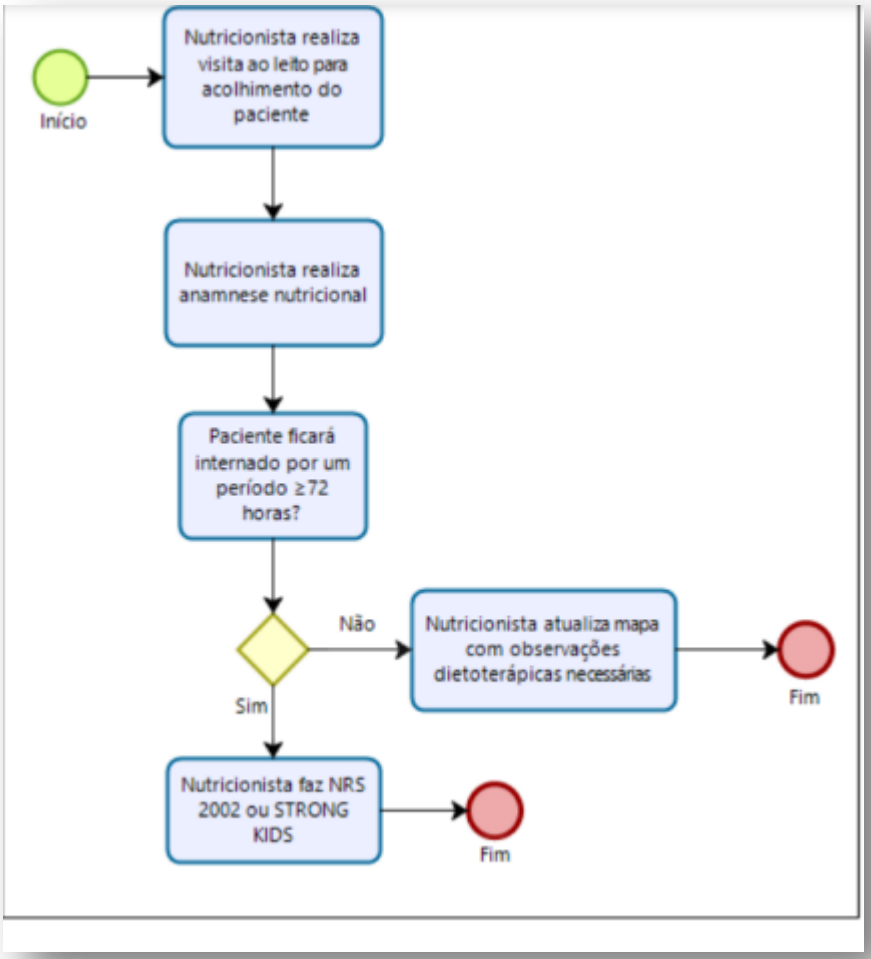
Responsável (is)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

***Registro*(s)**

Fazer a checagem e realizar as anotações de enfermagem, registrar os volumes infundidos, se houve ou não alguma intercorrência como diarreias, vômitos etc.

Figura 13.3.11-1 - Fluxo de Nutrição por Gastrectomia



13.3.12. Protocolo de Higiene do Couro Cabeludo

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	HIGIENE DO COURO CABELUDO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Estimular a circulação do couro cabeludo, proporcionar bem-estar e conforto ao paciente.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

N/A- Não se aplica.

Material Utilizado

- Bandeja contendo:
- Bacia com água morna;
- Balde;
- Sabão neutro ou Xampu;
- Pente;
- Um lençol ou toalha de banho;
- Luvas de procedimento;
- Impermeável ou Saco plástico.

Descrição do Procedimento

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Retirar o travesseiro;
- Colocar o lençol ou toalha sob a cabeça do paciente para evitar molhar a região dorsal;
- Sustentar a cabeça do paciente com a ajuda de outro servidor;
- Proteger os ouvidos do paciente com algodão;
- Molhar, ensaboar e enxaguar o couro cabeludo fazendo uma leve massagem com as polpas digitais;
- Secar bem com o lençol ou toalha;
- Retirar o algodão dos ouvidos;

- Retirar as luvas e avental, lavar as mãos;
- Pentear os cabelos do paciente ou incentivá-lo a fazê-lo;
- Reorganizar a unidade e recolher o material;
- Anotar no prontuário e
- Supervisionar o procedimento.

Periodicidade

Ao realizar o banho.

Recomendações e Considerações

Não se aplica.

Responsável(is)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem

Registro(s)

Realizar a anotação de enfermagem, observar alterações no couro cabeludo como: lesões, presença de parasitas, hiperemias, lesão por pressão, comunique o enfermeiro.

Figura 13.3.12-1 - Fluxo de Higiene do Couro Cabeludo

Figura 13.3.12-2 - Fluxo de Higiene do Couro Cabeludo

13.3.13. Protocolo de Higiene Íntima Feminina

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	HIGIENE ÍNTIMA FEMININA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Proporcionar higiene, conforto e bem estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

N/A- Não se aplica

Material Utilizado

- Bandeja contendo:
- Uma jarra
- Luvas de procedimento
- Avental impermeável

- Sabão neutro
- Água morna
- Saco de lixo
- Comadre
- Gaze
- Hamper
- Biombo
- Lençol ou cueiro (para forro)
- Luva para banho ou compressas limpas.

Descrição do Procedimento

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente ou ao acompanhante;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Trazer o hamper próximo ao leito e biombo preservando a privacidade do paciente;
- Colocar a paciente em posição ginecológica retirando a calcinha ou fralda;
- Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;
- Irrigar a vulva com água;
- Ensaboar e enxaguar a região vulvar por fora, de cima para baixo;
- Afastar os grandes lábios e lavar no sentido antero posterior, sem atingir o ânus;
- Lavar o ânus por último;
- Irrigar a vulva com água limpa;
- Retirar a comadre;
- Enxugar a vulva com o forro que está sob a paciente;
- Retirar o forro;
- Colocar o material usado, no hamper;
- Deixar a paciente confortável;
- Realizar a limpeza da comadre;
- Retirar as luvas e o avental;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário

Periodicidade

Diariamente e sempre que necessário.

Recomendações e Considerações

Em casos de sinais de infecção ou lesões na região genital, comunicar o enfermeiro.

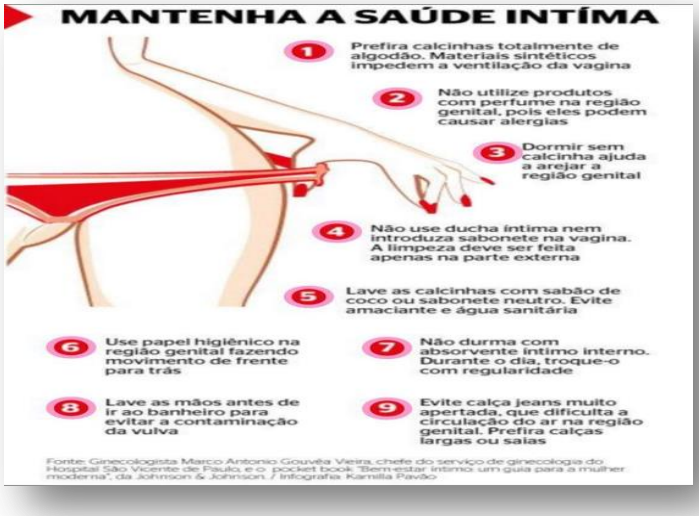
Responsável(is)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

Registro(s)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Figura 13.3.13-1 - fluxo de higiene íntima feminina



13.3.14. Protocolo de Higiene Íntima Masculina

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Proporcionar higiene, conforto e bem estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

Aplicabilidade

Proporcionar higiene, conforto e bem estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

Siglas, Termos e Definições

N/A- Não se aplica.

Material Utilizado

- Bandeja;
- Jarra;
- Sabão neutro;
- Água morna;
- Saco de lixo;
- Gaze;
- Forro;
- Biombo;
- Hamper;
- Luvas de procedimentos;
- Avental impermeável;
- Comadre.

Descrição do Procedimento

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Trazer o hamper próximo ao leito e biombo preservando a privacidade do paciente;
- Se apresentar ao paciente,
- Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Posicionar o paciente expondo somente a área necessária para a higienização;
- Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;
- Irrigar a região genital;
- Afastar o prepúcio para trás;
- Iniciar a higiene ensaboando a glande e em seguida todo o corpo do pênis;
- Irrigar com água, retirando o sabão;
- Ensaboar e lavar a região anal;
- Irrigar com água para retirar o sabão;
- Retirar a comadre e enxugar a região;
- Reposicionar o prepúcio;
- Retirar o forro e deixar o paciente confortável;
- Realizar a limpeza da comadre;
- Retirar as luvas e o avental;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

Periodicidade

Diariamente e sempre que necessário.

Recomendações e Considerações

Caso apresente sinais de infecção ou lesões na região genital comunique o enfermeiro.

Responsável(is)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

Registro(s)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Figura 13.3.14-1 - Fluxo de Higiene Íntima Masculina

13.3.15. Protocolo de Higiene Ocular

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	HIGIENE OCULAR	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Manter a higiene dos olhos, evitando o acúmulo de secreção e infecções.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

Siglas, Termos e Definições

N/A- Não se aplica

Material Utilizado

- Bandeja;
- Água;
- Gazes não estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Cuba pequena;
- Toalha de rosto ou compressa.

Descrição do Procedimento

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Apresentar-se;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Calçar as luvas;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Umedecer a gaze com a solução fisiológica ou água;
- Proceder à limpeza do ângulo interno do olho ao externo, utilizando o lado da gaze somente uma vez, repetir quantas vezes forem necessárias; remover delicadamente a secreção, partindo da parte interna do olho;
- Secar delicadamente;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Reorganizar a unidade e recolher os materiais;
- Anotar no prontuário.

Periodicidade

Diariamente e sempre que necessário.

Recomendações e Considerações

- Em casos alteração no globo ocular como: hiperemia, secreção ou prurido, comunique o enfermeiro.

Responsável(is)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

REGISTRO(s)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Figura 13.3.15-1 - Fluxo de Higiene Ocular

13.3.16. Protocolo de Higiene Oral

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	HIGIENE ORAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Reduzir a colonização da orofaringe e, consequentemente, diminuir os riscos de infecção respiratória. Controlar o biofilme na cavidade bucal e Hidratar os tecidos intra e peribucal;
- Prevenir a formação de úlceras e lesões da mucosa, evitar ou reduzir a halitose e proporcionar conforto ao paciente.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- S/N – Se necessário;
- RN – Recém Nascido.
- N/A – Não se aplica.

Material Utilizado

- Bandeja contendo:
- Solução antisséptica ou solução bicabornatada ou água destilada (para RN) / creme dental;
- Lubrificante para os lábios S/N;
- Copo com água e canudo S/N;
- Seringa de 20 ml ou 10 ml (para crianças ou RN);
- Cânula de Guedel S/N;
- Forro ou toalha;

- Aspirador montado;
- Sonda de aspiração;
- Espátulas envoltas com gaze ou escova de dentes;
- Luva de procedimento;
- •Óculos de proteção (quando paciente com muita secreção)
- •Máscara.

Descrição do Procedimento

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal (45□);
- Realizar paramentação com máscara, óculos e luvas;
- Colocar uma toalha protegendo o tórax e pescoço do paciente;
- Proceder à limpeza de toda a boca e língua do paciente, usando espátulas embebidas em solução antisséptica ou água;
- Enxaguar a cavidade oral com a solução, e proceder à aspiração ao mesmo tempo;
- Enxugar os lábios e hidratá-los;
- Manter o paciente confortável;
- Retirar as luvas, a máscara e o óculos;
- Lavar as mãos;
- Reorganizar a unidade e recolher o material
- Realizar a limpeza dos óculos de proteção
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento.

Periodicidade

Diária, após as refeições ou de acordo com a prescrição de enfermagem.

Recomendações e Considerações

- Em casos de alergia, sangramentos, mobilidade dental, lesões, dor ou inflamação na cavidade oral, suspenda o procedimento e comunique o enfermeiro;

- A equipe de enfermagem deve solicitar auxílio ao cirurgião-dentista em toda situação adversa, tais como: patologias associadas, dentes com mobilidades, lesões de mucosa, sangramentos de origem bucal, presença de aparelhos fixos ou móveis e outras.

Responsável(is)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

Registro(s)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Figura 13.3.16-1 - Fluxo de Higiene Oral

13.3.17. Protocolo de Sondagem Nasoentérica

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	SONDAGEM NASOENTÉRICA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico, complementar os nutrientes em pacientes que não conseguem manter a ingestão adequada mais possuem a função do trato intestinal parcial ou totalmente íntegra;
- Administrar medicamentos prescritos por via oral a pacientes com incapacidade de deglutição.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- SNE - Sondagem nasoentérica.
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- •N/A – Não se aplica

Material Utilizado

- Sonda Dobb Hoff com fio guia (tamanho compatível com o paciente);
- Gazes;
- Seringa de 10 ou 20 ml;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Lubrificante (Xilocaina gel);
- Água destilada estéril;
- Luvas de procedimento;
- Toalha de rosto

Descrição do Procedimento

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos conforme Protocolo da CCIH;
- Apresentar-se ao paciente;
- Explicar para o paciente ou acompanhante o procedimento e a finalidade;

- Examinar a permeabilidade e a condição da pele de cada uma das narinas;
- Revisar na prescrição médica tipo de sonda e o esquema de alimentação enteral;
- Ficar no mesmo lado do leito da narina de inserção e ajudar o paciente a assumir posição de Fowler, a menos que contraindicado.
- Colocar um travesseiro atrás da cabeça e dos ombros;
- Calçar as luvas;
- Pergunte ao paciente sobre problemas nas narinas (dificuldade para respirar devido a desvio de septo ou adenoide)
- Pergunte ao paciente sobre preferência (narina D ou E).
- Proteja o tórax com papel toalha.
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida ao apêndice xifoide, mantendo técnica limpa;
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter)
- Injete água na sonda para lubrificá-la (se a sonda não for prélubrificada).
- Reintroduza o fio guia na sonda.
- Lubrifique a sonda com o gel lubrificante anestésico na sonda selecionada com a compressa de gaze.
- Solicite ou auxilie o paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax.
- Introduza a sonda suavemente pela narina escolhida até atingir a epiglote.
- Solicite ao paciente que faça movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda a série epiglote.
- Retorne a cabeça para a posição ereta.
- Continue introduzindo a sonda com suavidade até a marca.
- Conecte uma seringa de 20 ml, aspire o conteúdo gástrico e injete de 10 a 20 ml de ar pela sonda e ausculte simultaneamente o quadrante abdominal superior esquerdo para se certificar quanto ao posicionamento da.sonda (gástrica);
- Abaixe a cabeceira da cama e posicione o paciente em decúbito lateral direito (se possível).
- Retire o adesivo da sonda (marca) e introduza mais 10 a 15 cm, considerando o porte físico do paciente.
- Retire o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que se desloque.
- Injete 20 ml de ar e observe o retorno menor que 10 ml e com dificuldade.
- Faça a fixação da sonda com adesivo hipoalérgico, e de maneira que a sonda não pressione a asa do nariz.

- Retire as luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção.
- Deixe o paciente confortável.
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada.

Periodicidade

Conforme prescrição médica.

Recomendações e Considerações

- Durante a introdução não force a sonda se encontrar resistência ou o paciente começar a tossir, engasgar ou ficar cianótico, interromper a passagem da sonda e puxe- a para trás;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente organizado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Antes da administração da primeira dieta, recomenda-se um RX de abdome para certificar-se do posicionamento da sonda;
- Encaminhe o paciente para controle radiológico com o pedido médico ou aguarde para que seja realizado no leito. Certifique-se que o RX seja avaliado pelo médico, confirmado a localização da sonda e liberado para uso.
- Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.
- Se a sonda estiver alocada no pulmão, para retirá-la deve-se providenciar o carro de emergência próximo ao doente, solicitar a presença do médico e seguir orientações médicas de monitoramento do paciente após a retirada;
- Na retirada da sonda oro ou nasoenteral repetir os 5 primeiros itens do protocolo acima descrito e retirar a sonda puxando lentamente em movimentos rotatórios. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável;
- Lavar a sonda com água filtrada após administração de dieta enteral para não obstruir o cateter.

Responsável (is)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

Registro(s)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

Figura 13.3.17-1 - Fluxo Sondagem Nasoentérica

Figura 13.3.17-2 - Fluxo Sondagem Nasoentérica

Figura 13.3.17-3 - Fluxo Sondagem Nasoentérica

Figura 13.3.17-4 - Fluxo Sondagem Nasoentérica

13.3.18. Protocolo de Sondagem Oro Enteral

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	SONDAGEM ORO ENTERAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico, complementar os nutrientes em pacientes que não conseguem manter a ingestão adequada mais possuem a função do trato intestinal parcial ou totalmente íntegra;
- Administrar medicamentos prescritos por via oral a pacientes com incapacidade de deglutição.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- SOE - Sondagem Oroenteral;
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Material Utilizado

- Sonda enteral (compatível com o paciente);
- Seringa de 05, 10 ou 20 ml (conforme paciente);
- Gazes;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Luva de procedimento.

Descrição do Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em posição de Fowler 45º;
- Reservar porção de xilocaína gel sobre gaze simples;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar limpeza do local da fixação (lateral da face) com soro fisiológico e gazes;
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida à cicatriz umbilical, mantendo técnica limpa;
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);
- Lubrificar ponta distal do cateter com xilocaína gel;
- Fletir a cabeça do paciente suavemente em direção ao tórax;
- Segurar o cateter com a extremidade apontada para baixo curvá-lo se necessário e com cuidado, inseri-lo na cavidade oral;
- Pedir para o paciente deglutir;
- Introduzir o cateter até a marcação;
- Testar o posicionamento do cateter;
- Proceder com a fixação do cateter;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;

- Solicitar à equipe médica RX de controle enteral;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Periodicidade

Conforme prescrição médica.

Recomendações e Considerações

- Se a sonda estiver alocada no pulmão, para retirá-la deve-se providenciar o carro de emergência próximo ao doente, solicitar a presença do médico e seguir orientações médicas de monitoramento do paciente após a retirada;
- Na retirada da sonda oroenteral deve-se puxá-la lentamente. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável.
- Lavar a sonda com água filtrada após administração de dieta enteral para não obstruir o cateter.

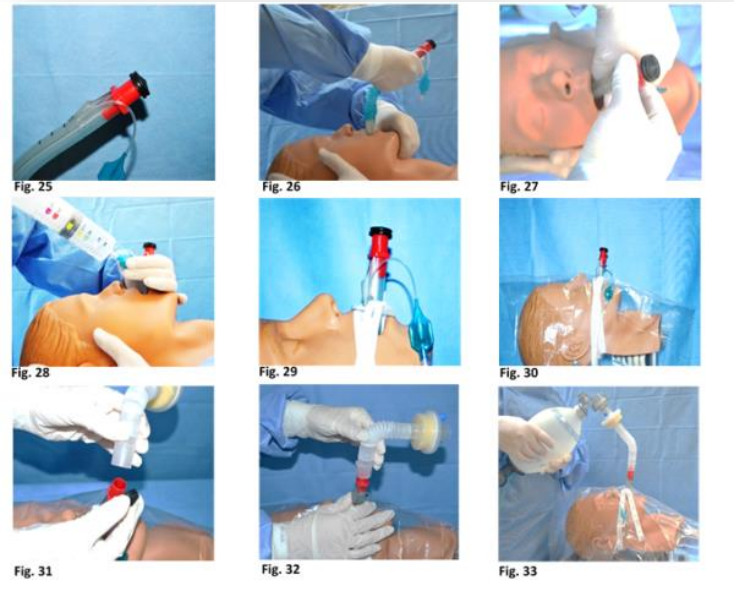
Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

Prontuário Médico.

Figura 13.3.18-1 - Fluxo Sondagem Oroenteral



13.3.19. Protocolo de Sondagem Nasogástrica

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	SONDAGEM NASOGÁSTRICA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Descomprimir o estômago, drenar líquidos intragástricos, realizar lavagem gástrica, alimentação, diagnosticar motilidade intestinal e administrar medicamentos.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- SNG – Sonda Nasogástrica;
- SOG - Sonda Orogástrica;

- AD - Água Destilada;
- CCIH – Comissão De Controle De Infecção Hospitalar;
- N/A – Não se aplica.

Material Utilizado

- Sonda Gástrica (compatível com o paciente);
- Seringa de 05, 10 ou 20 ml (conforme paciente);
- Gazes;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Luva de procedimento.

Descrição do Procedimento

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos conforme protocolo CCIH;
- Apresentar-se ao paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente com cabeceira elevada a 45º (DLE evita aspiração do conteúdo gástrico);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida ao apêndice xifoide (+ até 3 cm abaixo do apêndice xifoide no adulto);
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter).
- Lubrificar a sonda;
- Solicitar ao paciente para manter o pescoço em ligeira flexão durante a introdução da sonda e deglutir várias vezes;
- Introduzir a sonda lentamente até a altura delimitada com esparadrapo;
- Observar aparecimento de tosse, cianose, sinais de estimulação vagal, bradicardia e apneia;
- Injetar ar rapidamente com a seringa e concomitantemente colocar o estetoscópio sobre o estômago procurando ouvir um ruído borbulhante;

- Posicionar a sonda corretamente;
- Deixar a sonda aberta, se prescrito;
- Anotar secreção drenada se houver;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;

Periodicidade

Conforme prescrição médica, não excedendo o período de 5 meses.

Recomendações e Considerações

Na retirada da SNG repetir os 5 primeiros itens do protocolo acima descrito e retirar a sonda puxando lentamente em movimentos rotatórios. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável;

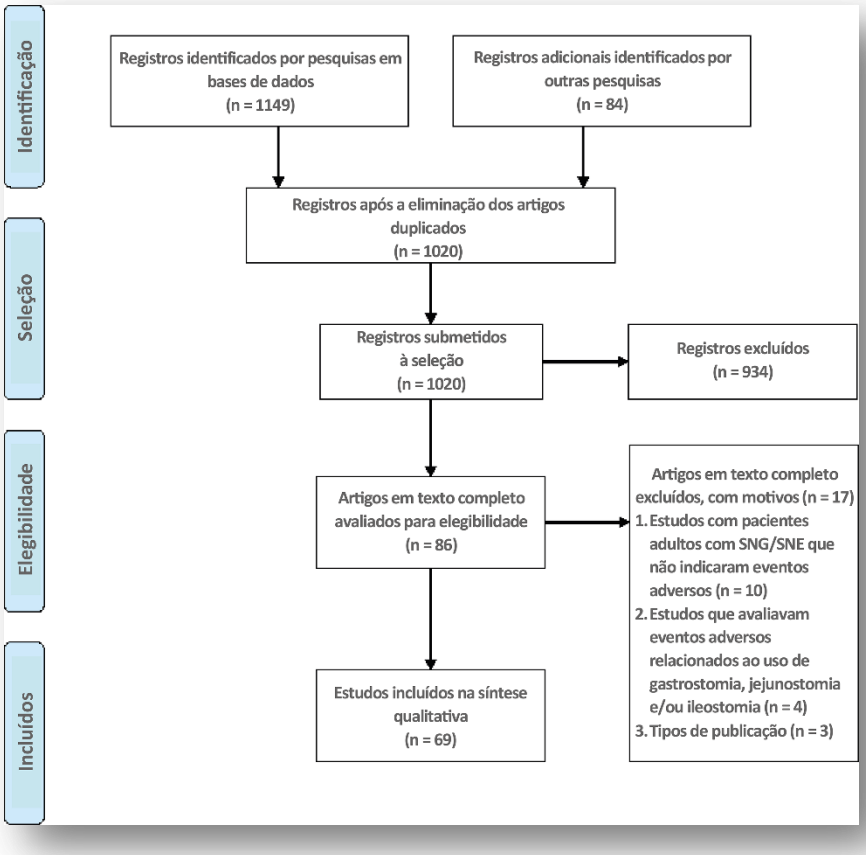
Responsável (is)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

Registro(s)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

Figura 13.3.19-1 - Fluxo de Sondagem Nasogástrica



13.3.20. Protocolo de Coleta de Material para Urocultura

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Direcionar o tratamento médico na escolha de antibióticos específicos.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- N/A – Não se aplica.
- SAE – sistematização da assistência de enfermagem.

Material Utilizado

- Frasco estéril;
- Sabão neutro;
- Cuba rim esterilizada;
- Etiqueta do paciente;
- Luva esterilizada e de procedimento;
- Seringa, agulha e algodão com álcool (para pacientes sondados)

Descrição do Procedimento

- Realização de Coleta e Material para Urocultura
- Verificar prescrição médica;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente sobre o procedimento e solicitar sua colaboração;
- Avaliar o entendimento do paciente quanto ao propósito do exame e método de coleta;
- Calçar luvas de procedimento (técnica asséptica);
- Proceder à higiene da genitália com água e sabão neutro;
- Calçar luvas estéreis;
- Desprezar o 1º jato de urina e o jato médio coletar;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Rotular o frasco;
- Encaminhar material imediatamente após coleta não ultrapassando o período de 2h após coleta;
- Realizar registro de enfermagem na folha de controle;
- Supervisionar o procedimento.

Periodicidade

De acordo com solicitação médica.

Recomendações e Considerações

- Quando o paciente estiver sondado realizar a coleta de urina para urocultura executando desinfecção com algodão e álcool a 70% no local próprio da sonda para a aspiração, aspirando a quantidade necessária de urina para o exame,
- Em RN ou neonato realizar a coleta através de sondagem vesical.

Responsável(is)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

Registro(s)

Após término do procedimento anotar em prontuário e SAE.

Figura 13.3.20-1 - Fluxo de Coleta de Material para Urocultura

Figura 13.3.20-2 - Fluxo de Coleta de Material para Urocultura

13.3.21. Protocolo de Lavagem Intestinal

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	LAVAGEM INTESTINAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Promover o esvaziamento intestinal para a realização de exames, procedimentos cirúrgicos ou evitar distensão abdominal.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- OBS – Observação.
- RN – Recém Nascido.
- N/A – Não se Aplica.

Material Utilizado

- Solução prescrita;
- Impermeável, forro e fralda (crianças);
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Papel higiênico;
- Comadre;
- Suporte de soro;
- Biombos;
- sonda retal (tamanho adequado ao paciente);
- Gazes;
- Equipo de soro;
- Luvas de procedimento e máscara, gorro, óculos e avental.

Descrição do Procedimento

- Conferir prescrição médica;
- Reunir o material e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Preservar a privacidade do paciente utilizando biombos para cercar o leito;
- Lavar as mãos;
- Conectar o equipo no frasco de solução;
- Retirar o ar do equipo;
- Colocar o suporte do soro, junto ao leito;
- Colocar a comadre sobre o leito;
- Colocar um impermeável sob as nádegas do paciente, para proteger a cama ou forro/fralda;
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com o joelho direito flexionado. (Posição de Sims), deixando-o coberto. As crianças devem ser posicionadas em decúbito dorsal.
- Colocar o frasco com a solução, conectado ao equipo no suporte;
- Adaptar a sonda, deixar correr um pouco da solução na comadre, para expelir o ar;
- Colocar a máscara e calçar as luvas;
- Lubrificar a ponta da sonda retal;
- Dobrar o lençol e, com a mão esquerda, afastar a prega interglútea, expor a região anal;

- Introduzir a sonda no reto em direção à cicatriz umbilical. Pedir para o paciente respirar profundamente;
- Adulto- 7,5 a 10 c. Crianças- 5 a 7,5 cm. Lactentes- 2,5 a 3,7 cm.

OBS: Introduzir a sonda com cuidado e lentamente para evitar lesões.

- Não deixar entrar ar no intestino, quando a solução estiver acabando;
- Abrir a pinça do equipo e deixar o líquido correr lentamente;
- Fechar a pinça e retirar a sonda;
- Desprezar a sonda em local adequado após envolve-la em papel higiênico;
- Aconselhar o paciente a reter a solução;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, e levantar a cabeceira do leito;
- Colocar o paciente na comadre ou levar ao banheiro, deixar o papel higiênico à mão;
- Retirar a comadre e levar ao banheiro, desprezar o conteúdo, e encaminhar ao expurgo para a limpeza;
- Retirar as luvas;
- Oferecer o material para lavagem das mãos do paciente e/ou higiene íntima;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário a realização do procedimento e intercorrências quando houver;
- Monitorar sinais vitais;
- Supervisionar o procedimento.

Periodicidade

Conforme prescrição médica.

Recomendações e Considerações

- Diminuir ou interromper o fluxo de líquidos, se o paciente acusar dor;
- Quando o líquido não correr por obstrução da sonda, fazer movimentos delicados com a mesma, ou substituí-la, se estiver obstruído;
- Em caso de RN retirar a fralda, após a eliminação fecal, pesando e desprezando-a. Anotar o peso na anotação de enfermagem.

Responsável(is)

Enfermeiro; Técnico De Enfermagem.

Registro(s)

Em prontuário e SAE, após término do procedimento.

Figura 13.3.21-1 - Fluxo de Lavagem Intestinal

13.3.22. Protocolo de Curativo Cateter Venoso Central Simples

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO CATETER VENOSO CENTRAL SIMPLES	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- P = data da punção;
- T = data da troca do curativo e nome do profissional;
- PICC= Cateter de Inserção Periférica Central.
- N/A – Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 10 ml Solução alcoólica a 70%;
- 01 Caneta;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica;

Descrição do Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;

- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;
- Realizar antissepsia iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo.
- Deixar secar espontaneamente;
- Dobrar uma gaze ao meio e colocá-la na inserção do cateter;
- Fixar o cateter à pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional (fig. 1);
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;

Periodicidade

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

Recomendações e Considerações

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril;
- Para remoção do filme transparente, solte a parte fenestrada e puxe-o paralelamente à pele com uma das mãos, enquanto a outra segura o cateter;
- Tipos de CATETERES CENTRAIS: Mono lumen, duplo lumen simples e para hemodiálise, PICC (- Cateter de Inserção Periférica Central, Cateter de Flebotomia;

Responsável (is)

Enfermeiro;

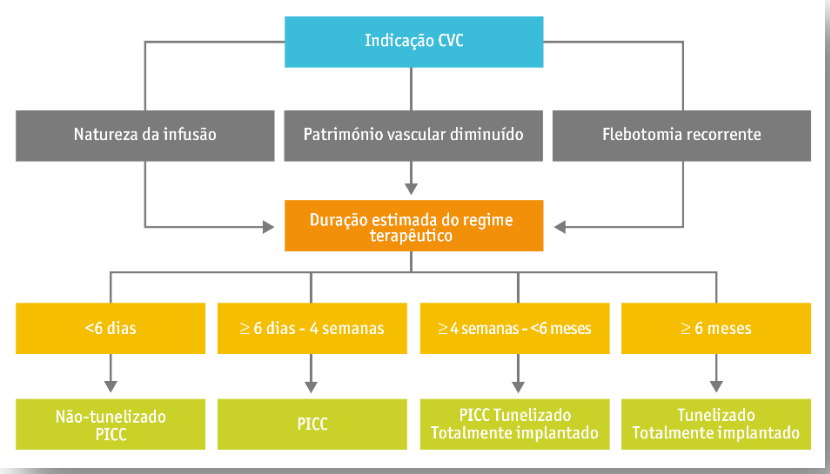
Executantes:

enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem.

Registro(s)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

Figura 13.3.22-1 - Fluxo de Cateter Venoso Central Simples



13.3.23. Protocolo de Curativo de Incisão Cirúrgica Limpa e Seca

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA LIMPA E SECA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção;
- Otimizar o processo de cicatrização.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

N/A – Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Bandeja;
- 100 ml Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 01 Tesoura;
- 01 Caneta;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica;

Descrição do Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Fazer chumaço de gaze com auxílio da pinça Kelly;

- Umedecer a gaze com soro fisiológico a 0,9%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Proceder a limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada, do centro para as bordas;
- Lavar a ferida abundantemente com soro fisiológico a 0,9%.e fricção com gaze em rolamento.
- Repetir a limpeza até as gazes saírem limpas;
- Secar o centro e as bordas da ferida;
- Dobrar as gazes finas e colocá-las em cima da incisão cirúrgica;
- Cobrir as gazes com a fita microporosa hipoalérgica;
- Identificar o curativo com DATA e HORA da troca do curativo e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem;

Periodicidade

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

Recomendações e Considerações

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

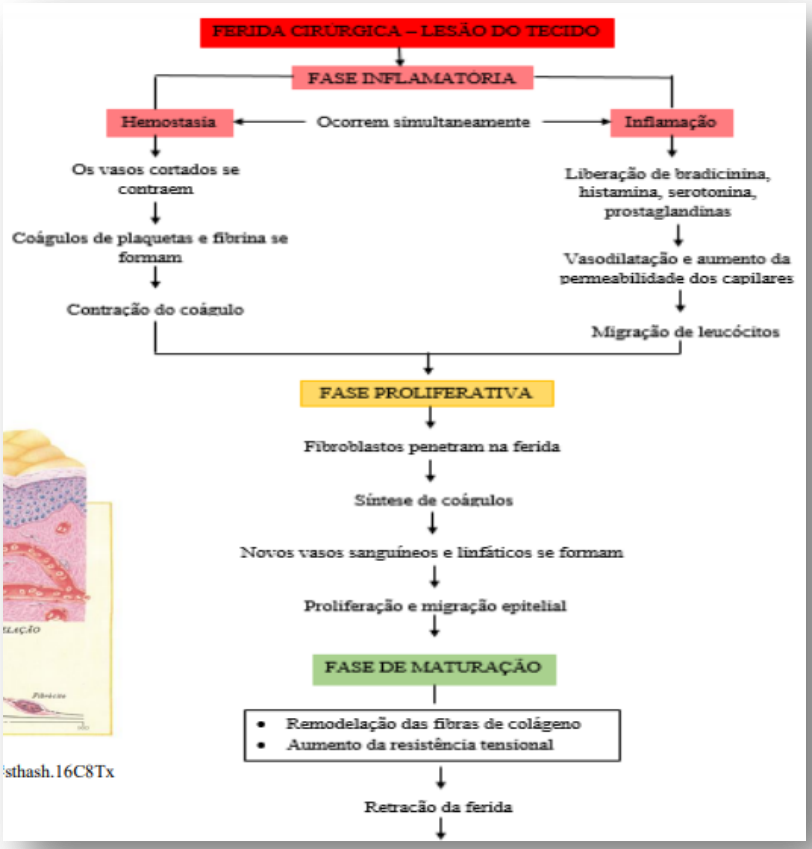
Responsável(is)

Enfermeiro; técnico de enfermagem; auxiliar de enfermagem.

Registro(s)

Após término do procedimento registrar em prontuário.

Figura 13.3.23-1 - Fluxo de Incisão de Cirurgia Limpa



13.3.24. Protocolo de Curativo de Pele Não Íntegra com Tecido de Desvitalizado

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE DESVITALIZADO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Realizar o curativo com a técnica asséptica;

- Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Bandeja;
- SF 0,9 % 100 ML
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 01 Agulha 40x12;
- 01 Caneta;
- Curativo específico;
- 01 Algoritmo A04;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica;

Descrição do Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar máscara descartável e gorro
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;

- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de soro fisiológicos e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;
- Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxílio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;
- Realizar a limpeza de dentro para fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da incisão;
- Repetir a técnica o quanto necessário;
- Secar as bordas da ferida com gazes;
- Observar a lesão quanto ao tipo e quantidade de exsudato, ao esfacelo ou se está com necrose seca;
- Seguir o algoritmo anexo A04;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Retirar máscara descartável;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados.

Periodicidade

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

Recomendações e Considerações

N/A.

Responsável(is)

Enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

Registro(s)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

Figura 13.3.24-1 - Fluxo de Curativo de Pele não Integra

13.3.25. Protocolo de Curativo de Pele Não Íntegra com Tecido de Granulação

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE GRANULAÇÃO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Realizar o curativo com a técnica asséptica;
- Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- N/A – Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- 02 pares de Luvas de procedimento;
- 01 Curativo específico;
- 01 Caneta;
- 01 Seringa de 20 ml;
- 01 Algoritmo;
- 01 Algoritmo;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporos.

Descrição do Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Aspirar soro fisiológico na seringa de 20 ml;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de SF 0,9% com a seringa de 20 ml e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;
- Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxílio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;
- Realizar a limpeza de dentro para fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da incisão;
- Repetir a técnica o quanto necessário;
- Secar as bordas da ferida;
- Observar a característica da lesão e exsudato;
- Seguir o algoritmo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

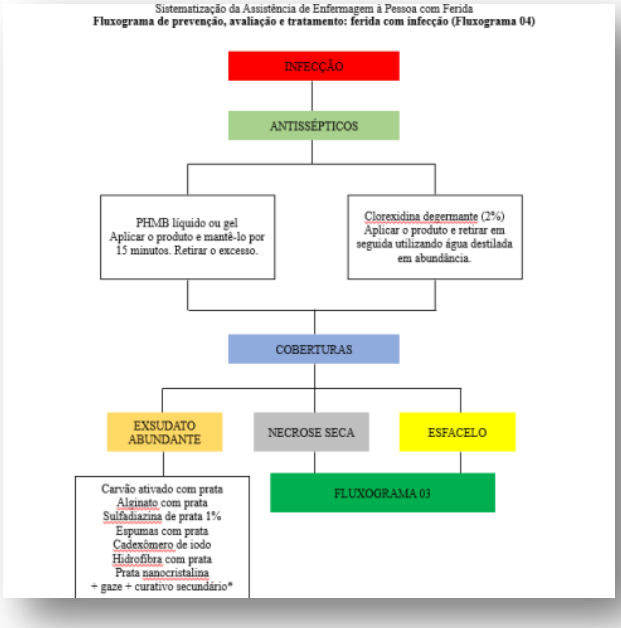
Periodicidade

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem

Recomendações e Considerações

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

Figura 13.3.25-1 - Fluxo de Curativo de Pele não Integra com Granulação



13.3.26. Protocolo de Curativo em Cateter de Duplo Lúmem (CDL)

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO EM CATETER DE DUPLO LÚMEM (CDL)	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Evitar tração do cateter, infecção e elevar o período de permanência do mesmo.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- **HERSO** - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- EPI's – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina Alcoólica 0,5% (1ª opção) ou PVPI Degermante e Álcool 70% (2ª opção);
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo;

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os matérias (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente em posição fowler ou sentado;

- Lateralizar a cabeça do paciente ao lado contrário do CDL, se este estiver localizado em região cervical. Se o CDL estiver inserido em região femoral, orientar o paciente a manter-se em decúbito dorsal com membros inferiores estendidos e em repouso. Expor a área do cateter;
- Calçar luvas de procedimento e retirar o curativo cuidadosamente, evitando tracionar o CDL;
- Retirar as luvas de procedimento e preparar o material, abrindo o pacote de curativo estéril;
- Calçar as luvas estéreis;
- Observar o sítio de inserção, identificando a presença de sinais de infecção e exsudato;
- Iniciar limpeza com gazes umidificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar antissepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em FALTA, escolher O PVPI DEGERMANTE (2ª opção). Realizar fricção no óstio de inserção do cateter com as gazes úmidas com PVPI degermante até criar espuma, em torno de um minuto a dois minutos;
- Posteriormente, limpar a região com Soro Fisiológico 0,9%, retirando todo o PVPI degermante presente;
- Utilizar gazes umedecidas com ALCOOL 70% no óstio de inserção do cateter e na pele ar redor, em movimentos circulares;
- Secar, se necessário;
- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore ANTES de fazer a desinfecção da bifurcação do dispositivo;
- Fazer a desinfecção da bifurcação com Clorexidina 0,5% Alcoólica e na FALTA desta, USAR o Álcool 70%;
- Ocluir a bifurcação do cateter com uma bolsa adequada (copinho);
- Posicionar o cateter de forma que não o dobre;
- Deixar o paciente seguro e confortável;
- Sempre desprezar o material contaminado em saco plástico;
- Organizar o material, descartando materiais sujos no saco plástico e este no expurgo, atentando para o descarte do perfuro-cortante em lixo específico;
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Retirar as luvas, máscara e higienizar as mãos;

- Registrar o procedimento no prontuário, registrando as características do óstio de inserção do CDL e área periférica, a solução e o tipo de cobertura utilizada;
- Assinar e carimbar.

Periodicidade

- Trocar a cada 48 Horas (Dia Sim E Dia Não);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado);
- Quando o óstio estiver com drenagem de exsudato e sinais flogísticos, realizar o curativo diariamente.

Recomendações e Considerações

- Catéter Venoso Central de duplo lúmen - suspeita de infecção:
    - Presença de secreção purulenta no óstio do CDL ou celulite.
    - Presença de eritema, edema e dor que se extende por mais de 2cm no trajeto do túnel a partir do óstio do CDL.
    - Presença de hipertermia sem outro foco.

- Cuidados com o Cateter de Duplo Lúmem:
    - Manipular o cateter com técnicas assépticas, luva e material estéril;
    - Proteger a inserção do cateter com curativo estéril (curativo estéril, fechando primeiramente o óstio e posteriormente desinfetando as vias com álcool).
    - Realizar tricotomia em FACE nos pacientes do sexo Masculino (para facilitar a fixação e limpeza do cateter).
    - Realizar curativo sempre que o mesmo apresentar-se solto, sujo ou úmido.
    - Sempre anotar as características do óstio de inserção após as trocas de curativo.
    - Manter o cateter bem fixado e posicionado de forma a evitar dobras em seu curso natural;
    - Manter o paciente com cateter femoral em repouso no leito, evitando a flexão do membro em que o cateter está inserido, para evitar traumatismos e manter a permeabilidade das vias e evitar infecção;
    - Evitar a reinserção de um cateter que se exteriorizou do local de saída, prevenindo a bacteremia;

- Observar também os pontos de fixação do cateter. Se não estiverem presentes, comunicar ao médico responsável e ter cuidados extremos durante a troca de curativo;
- Comunicar ao médico responsável casos de hiperemia e secreção drenada pelo óstio de inserção do dreno, pois são sinais de infecção, além dos episódios de hipertermia e calafrios;
- Colher cultura de ponta de cateter, seguindo normas da CCIH, quando retirar os cateteres indicados.

- Cuidados na manutenção de Catéter Duplo Lúmen:
  - Lavar as mãos antes de iniciar o curativo e após o término do mesmo.
  - Não molhar, nem submergir os dispositivos intravasculares. Para o banho do paciente, protegê-lo com cobertura impermeável (Plástico).
  - Caso aconteça a saída de parte do cateter, este não deverá ser reposicionado. O médico deve ser imediatamente comunicado.
  - Fazer desinfecção das conexões com álcool a 70% antes de qualquer manipulação.

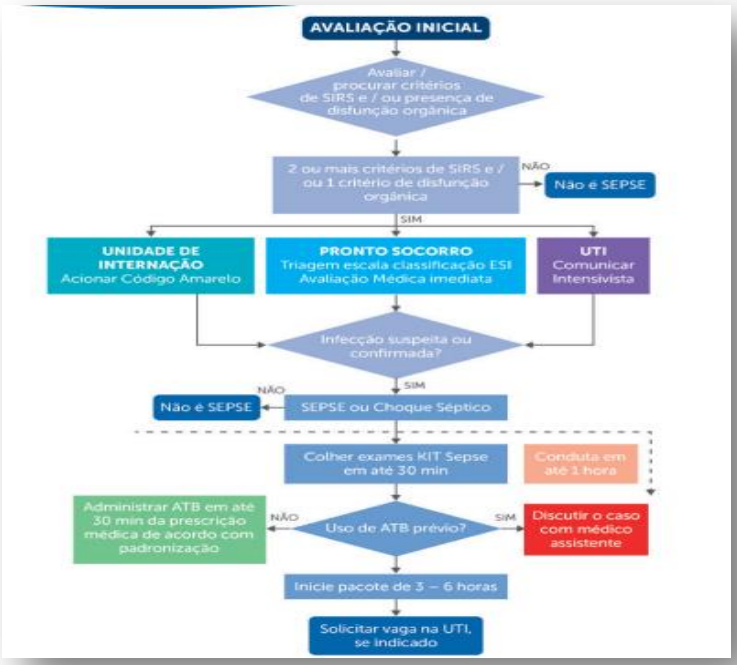
Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

Figura 13.3.26-1 - Fluxo de Cateter Duplo



13.3.27. Protocolo de Curativo em Dreno de Tórax

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO EM DRENO DE TÓRAX	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Evitar infecção no óstio de inserção, complicações, e tração do dreno.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;

- **HERSO** - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado
- SF - Soro Fisiológico
- N/A – Não se aplica

Material Utilizado

- EPI's – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina alcoólica 0,5%(1ª opção) ou álcool a 70% (2º opção);
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo;

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição Fowler ou semi-Fowler;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo do paciente, colocando os resíduos no saco de lixo;
- Observar o óstio de inserção quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato;
- Observar se existe a presença de secreção nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (pequena quantidade de secreção serosanguinolenta é normal);
- Palpar a área adjacente à procura de enfisema subcutâneo e crepitações;
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material asséptico e calçar luvas estéreis;
- Realizar a limpeza do óstio de inserção do dreno em movimentos semicirculares, de dentro para fora;

- Limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com soro fisiológico e com movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido; secar se necessário;
- Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, escolher o ALCOOL 70%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Colocar uma fina camada de gazes embaixo e em cima do dreno, ocluindo adequadamente o óstio, fixando com fita microporosa;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.
- Realizar anotação de enfermagem: aspecto do óstio, funcionamento do dreno e as queixas do paciente.

Periodicidade

O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente.

Recomendações e Considerações

Atualmente NÃO é recomendada a instalação de esparadrapo na extensão do tubo, pois favorece o deslocamento do mesmo durante as trocas do curativo.

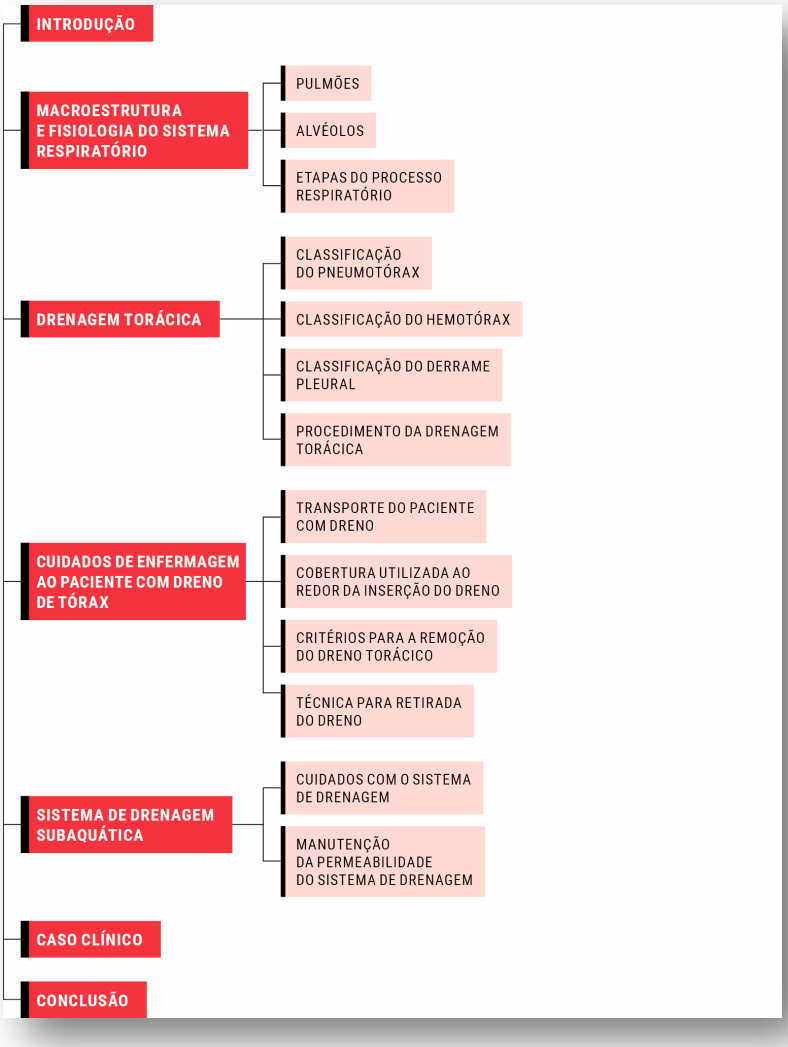
Responsável(is)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

Registro(s)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

Figura 13.3.27-1 - Fluxo de Dreno de Tórax



13.3.28. Protocolo de Limpeza de Feridas Neoplásicas

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	LIMPEZA DE FERIDAS NEOPLÁSICAS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Limpar as feridas neoplásicas, reduzindo o odor fétido, promovendo melhor bem estar ao paciente.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições.

- AGE - Ácidos Graxos Essenciais;
- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- **HERSO** - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- EPI´s: máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Seringa de 20 ml estéril;
- Lâmina estéril;
- Gazes estéreis;
- Acolchoados (se necessários);
- Ataduras (se necessário);
- Saco de lixo branco;
- Esparadrapo ou micropore;
- Se a ferida estiver com odor forte: 2 Comprimidos de Metronidazol diluídos em 1 frasco de 250 ml de SF 0,9%;
- Cobertura adequada;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;

- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento, se o mesmo estiver consciente;
- Lavar as mãos;
- Preparar a solução, macerando os comprimidos de Metronidazol, diluindo-os no frasco de Soro Fisiológico (que deve ser cortado com lâmina estéril anteriormente).
- Com o auxílio de uma seringa de 20 ml, a ferida será irrigada com esta solução;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Retirar as luvas de procedimento e calcar as luvas estéreis;
- Umedecer a ferida com o soro fisiológico 0,9% e retirar as gazes aderidas ao leito da ferida com luva estéril ou pinças estéreis;
- Realizar limpeza da ferida com Soro Fisiológico a jato abundantemente;
- Observar o ODOR da ferida e a característica do exsudato da ferida:
- Se a lesão estiver com ODOR, preparar os comprimidos de metronidazol no SF - macerar os comprimidos, abrir o frasco do SF com lâmina e colocar os comprimidos dentro. Utilizar a seringa de 20 ml para limpar a ferida;
- Aplicar a cobertura escolhida, adequada à lesão. Geralmente usasse óleo mineral para oclusão;
- Ocluir adequadamente e identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

Periodicidade

Geralmente deverá ocorrer a troca duas (02) vezes ao dia, porém, se a ferida estiver úmida, trocar mais vezes, se necessário.

Recomendações e Considerações

- Não utilizar nas feridas neoplásicas: AGE e coberturas desbridantes (papaína, colagenase, derivados do iodo).
- Não é indicado o uso de metronidazol em solução endovenosa. A solução de soro com os comprimidos deve ser preparado no momento da realização do curativo, especificamente para feridas neoplásicas.

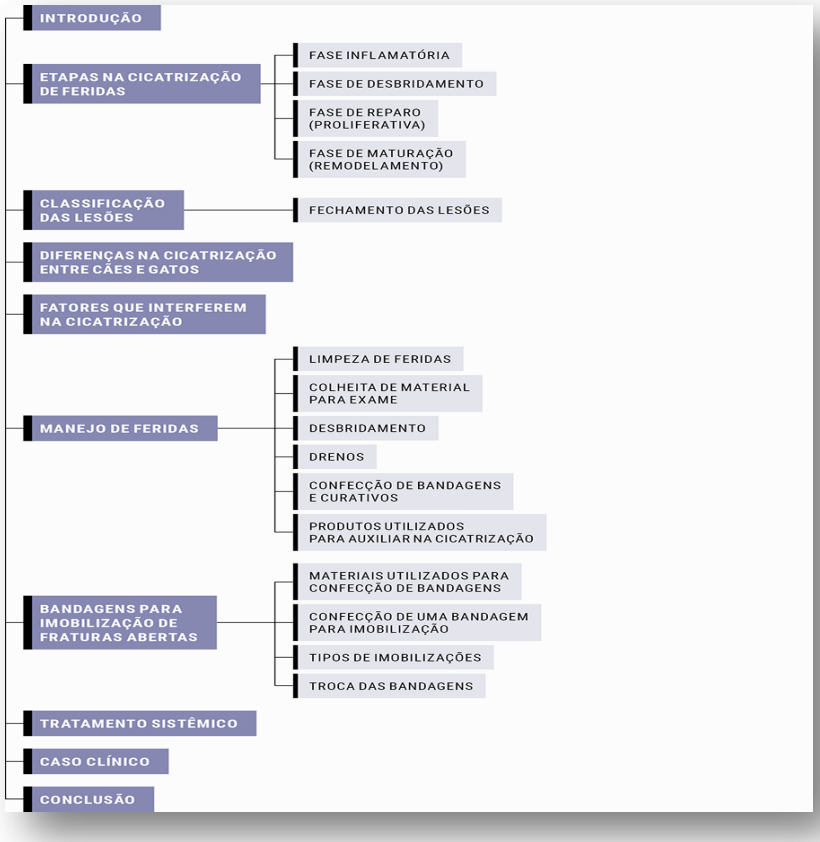
Responsável(is)

- Enfermeiro responsável pelo plantão.

Registro(s)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção), e tipo de cobertura utilizada.

Figura 13.3.28-1 - Fluxo de Limpeza de Ferida Neoplásica



13.3.29. Protocolo de Curativo em Cateter por Dissecção Venosa (Flebotomia)

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO EM CATETER POR DISSECÇÃO VENOSA (FLEBOTOMIA)	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Evitar infecção na ferida operatória e complicações, além da tração do cateter.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- **HERSO** - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- EPI's – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1º opção) ou ÁLCOOL 70% (2ª opção);
- Fita microporosa ou esparadrapo ou atadura;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.
- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e a sua finalidade ao paciente e ao acompanhante se o paciente estiver consciente;
- Posicionar o paciente em posição que facilite a exposição do membro com o cateter;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo que estava anteriormente, colocando os resíduos nosaco de lixo;
- Observar a ferida operatória quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato purulento;
- Observar se há presença de exsudato nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (pequena quantidade de exsudato serossanguinolento é normal);
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material e calçar luva estéril;
- Iniciar limpeza com gazes umidificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção
- do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar anti - sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, escolher o usar o álcool 70% (2ª opção), iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Secar, se necessário;
- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore ANTES de realizar a desinfecção da bifurcação do dispositivo até a conexão do equipo;
- Fazer a desinfecção da bifurcação com CLOREXIDINA 0,5% ALCOÓLICA e, na falta desta, usar o álcool 70%.
- Ao ocluir cuidar para não dobrar e nem tracionar o cateter;
- Identificar o curativo com data, horário e o nome do profissional que realizou;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

- Retirar luvas;
- Encaminhar o lixo ao expurgo; organizar os materiais e limpar bandeja;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem descrevendo a característica da ferida, a permeabilidade do cateter, citando se existe ou não a presença de sinais flogísticos.

Periodicidade

- Troca: A cada 24 horas (ou seja, 01 vez ao dia);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado).

Recomendações e Considerações

Ao observar drenagem de exsudato do óstio ou outros sinais, como: hiperemia, dor, edema, no local, deve-se registrar no prontuário e comunicar o fato ao médico responsável pelo paciente.

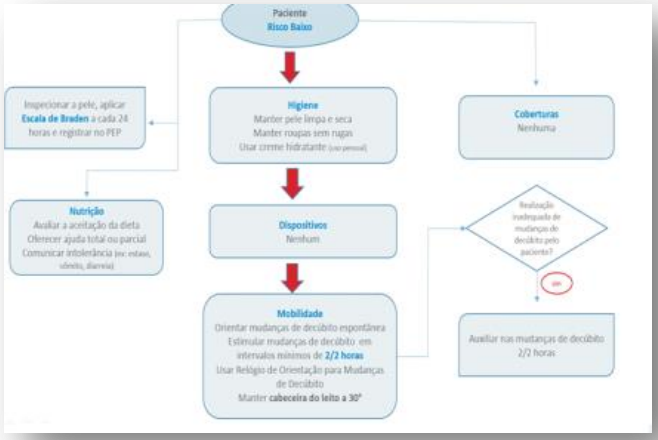
Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

Figura 13.3.29-1 - Fluxo de Curativo de Cateter de Dissecação Venosa



13.3.30. Protocolo de Curativo em Ferida Operatória Limpa com Dreno de Penrouse

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA COM DRENO DE PENROUSE	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Realizar limpeza, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações, além de evitar a tração acidental do dreno.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

Siglas, Termos e Definições.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;

- **HERSO** - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- EPI´s;
- Luva de procedimento;
- Saco de lixo;
- Gazes estéreis;
- Luva estéril;
- Fita microporosa;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Saco coletor (se necessário);
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os matérias (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Se o dreno estiver longe da ferida operatória, deve-se ocluir a FO com gazes secas e realizar a limpeza do óstio do dreno de penrouse com SF;
- Secar com gazes estéreis secas (se necessário);
- •*DRENO COM ANOTAÇÃO DO DÉBITO*: Após a limpeza da pele Peri-dreno (ao redor do dreno) com SF, instalar a bolsa coletora, evitando manusear ou dobrar o dreno;
- •*DRENO SEM ANOTAÇÃO DO DÉBITO*: Após a limpeza, instalar gazes estéreis entre o dreno e a pele e em cima do óstio, fixando e ocluindo com fita microporosa. Identificar o curativo.

- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o lixo em saco contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário: anotando quantidade de exsudato, características do líquido, odor, coloração e espessura.

Periodicidade

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;
- Trocar o curativo em caso de sujidades ou quando o mesmo molhar.

Recomendações e Considerações

- A limpeza do óstio do dreno deve ser feita APÓS a limpeza da FO;
- Realizar o primeiro curativo 24 horas após a cirurgia;
- Observar a integridade da pele peridreno durante a limpeza;
- Utilizar técnica estéril para a manipulação dos drenos até que ele seja removido.

Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção).

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

Figura 13.3.30-1 - Fluxo de Curativo de Dreno de Penrouse

Características ideais do dreno de tórax	
1. Tubular multiperfurado Possuem maior superfície de contato e menor chance de obstrução.	 Figura de autoria de Profa. Dra. Carina Ap. Marosti Dessotte/2017.
2. Siliconizado Dificulta a aderência de coágulos.	
3.Consistência Os drenos de tórax devem ter consistência firme pela menor chance de colapsar e de formar coágulos. Drenos rígidos devem ser evitados pelo fato de causarem dor e poderem lesionar o pulmão e mediastino.	
4.Calibre **Em adultos:** 36 F. (3/8˝) em hemotórax ou derrames espessos; 28 F (1/4˝) em pneumotórax ou derrames fluidos. **Em crianças:** 16 F em recém-nascidos; 22 F com 1 ano de idade	
5.Radiopaco Permite confirmar por radiografia a posição do dreno na cavidade.	
Especificações: Os conectores e extensões devem possuir calibre compatível com o sistema e serem preferencialmente transparentes. Recomenda-se o uso preferencial de extensões de látex ou plástico transparente com diâmetro mínimo de 0,95 mm e com comprimento suficiente para a mudança de decúbito do paciente e não formação de alças. Deve-se evitar extensões reesterilizadas.	

13.3.31. Protocolo de Curativo em Gastrectomia

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO EM GASTRECTOMIA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Evitar infecção no óstio de inserção, complicações e tração da sonda.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- EPI's – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição Fowler ou semi-Fowler;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo do paciente, colocando os resíduos no saco de lixo;
- Observar o óstio de inserção quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato;
- Observar se existe a presença de secreção nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (presença de secreção verde, pode indicar a drenagem de suco gástrico);
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material asséptico e calçar luvas estéreis;

- Realizar a limpeza do óstio de inserção do dreno em movimentos semicirculares, de dentro para fora;
- Limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com soro fisiológico e com movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido; secar se necessário;
- Colocar uma fina camada de gazes embaixo e em cima da sonda, ocluindo adequadamente o óstio, fixando com fita microporosa;
- Fixar a sonda com um pedaço de fita microporosa, principalmente se a sonda for a Folley;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.
- Realizar anotação de enfermagem: aspecto do óstio, funcionamento da sonda e as queixas do paciente.

Periodicidade

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente.
- Deve-se trocar quando molhar ou estiver sujo.

Recomendações e Considerações

- Orientações Gerais:
    - Atualmente NÃO é recomendada a instalação de esparadrapo na extensão da sonda, pois favorece o deslocamento do mesmo durante as trocas do curativo.
- Cuidados com a Pele ao Redor da Sonda:
    - Antes de manipular a sonda, lavar bem as mãos;
    - Evitar tracionar a sonda ou empurrá-la para dentro da barriga;
    - Observar a pele ao redor da sonda diariamente. Registrar no prontuário e avisar ao medico responsável em caso de pele vermelha ou saída de secreção pela abertura na pele;
    - Solicitar a Comissão de curativos em caso de complicações, se necessário.

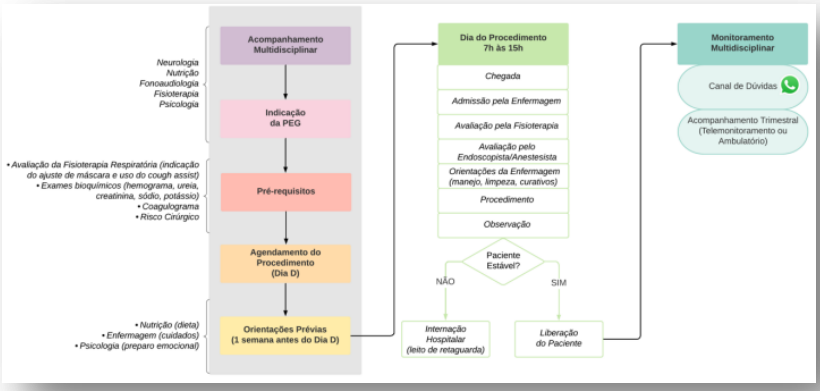
Responsável(is)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

Registro(s)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

Figura 13.3.31-1 - Fluxo de Curativo Gastroctomia



13.3.32. Protocolo de Curativo em Lesão por Pressão Estágio 1

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 1	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Prevenir a progressão da lesão para o estágio seguinte.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições.

Lesão por Pressão (LPP): A Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

LPP Estágio 1: Pele intacta com hiperemia que não embranquece quando realizado digito pressão. Tal fato ocorre sobre proeminência óssea. As LPP's estágio 1 podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele escura.

- AGE: Ácidos Graxos Essenciais;
- EPI: Equipamentos de proteção individual;
- LPP: Lesão por Pressão;
- N/A- Não se aplica.

Material Utilizado

- EPI's – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Hidrocolóide placa, se disponível na instituição;
- AGE;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os matérias (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;

- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Nas áreas com Lesão por Pressão estágio 1, instalar uma placa de hidrocolóide em tamanho adequado;
- Se não houver placa de hidrocolóide, hidratar a pele com Ácido Graxo Essencial (AGE) a fim de manter a pele macia e elástica. Prescrever hidratação pelo menos duas vezes ao dia.

Periodicidade

- Quando a proteção da pele acontecer com o hidrocolóide, orientamos uma média de 03 dias para a troca;
- Quando a hidratação da pele for realizada com AGE, a hidratação deve ser feita, pelo menos, duas vezes ao dia.

Recomendações e Considerações

- Seguir o protocolo de prevenção para as LPP's;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificar outras regiões anatômicas comprometidas;
- Recortar o hidrocolóide em um tamanho maior que a lesão, cerca de 05 cm a mais nas bordas, para que a placa tenha uma aderência total na pele adjacente.

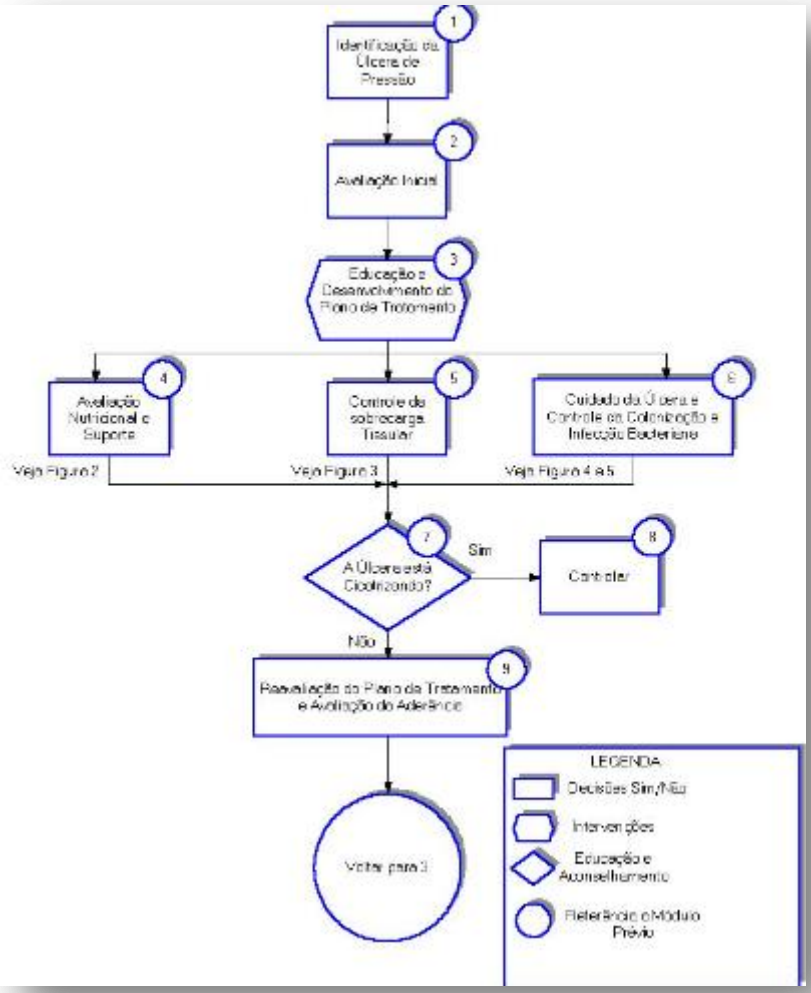
Responsável(is)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

Registro(s)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

Figura 13.3.32-1 - LPP Estágio 1



13.3.33. Protocolo de Curativo em Lesão Por Pressão Estágio 2

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 2	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Prevenir a progressão da lesão para o estágio seguinte.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições.

Lesão por Pressão (LPP): A Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbi- dades e pela sua condição.

LPP estágio 2: Ferida já aberta com perda parcial da pele. Apresenta-se como uma úlcera superficial com o leito vermelho pálido, ou bolha que pode estar rompida ou intacta.

- EPI: Equipamentos de proteção individual HGP: Hospital Geral de Palmas
- LPP: Lesão por Pressão;
- N/A- Não se aplica.

Material Utilizado

- EPI's – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Gazes esterilizadas;
- AGE;
- Micropore ou esparadrapo;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);

- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Com as luvas de procedimento, retire o curativo anterior;
- Retire as luvas de procedimento e calce luvas estéreis para a manipulação do leito da ferida;
- Realize a limpeza com Soro Fisiológico 0,9% a jato, passando gazes úmidas com o SF no leito da lesão, seguindo o mesmo sentido;
- Ocluir a lesão com gazes úmidas com AGE, fechando com microcore ou esparadrapo;
- Identificar o curativo;
- Retirar as luvas e encaminhar o material utilizado e o lixo ao expurgo;
- Registrar no prontuário o procedimento, a cobertura utilizada e as características da lesão e região anatômica;
- Prescrever curativo duas vezes ao dia ou de acordo com a situação clínica do paciente.

Periodicidade

- Realizar a troca duas vezes ao dia;
- Se o paciente apresentar alguma piora clinica ou intercorrência, realizar a troca somente uma vez ao dia.

Recomendações e Considerações

- Seguir o protocolo de prevenção para as Lesões por Pressão;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificar outras regiões anatômicas comprometidas.

Responsável(is)

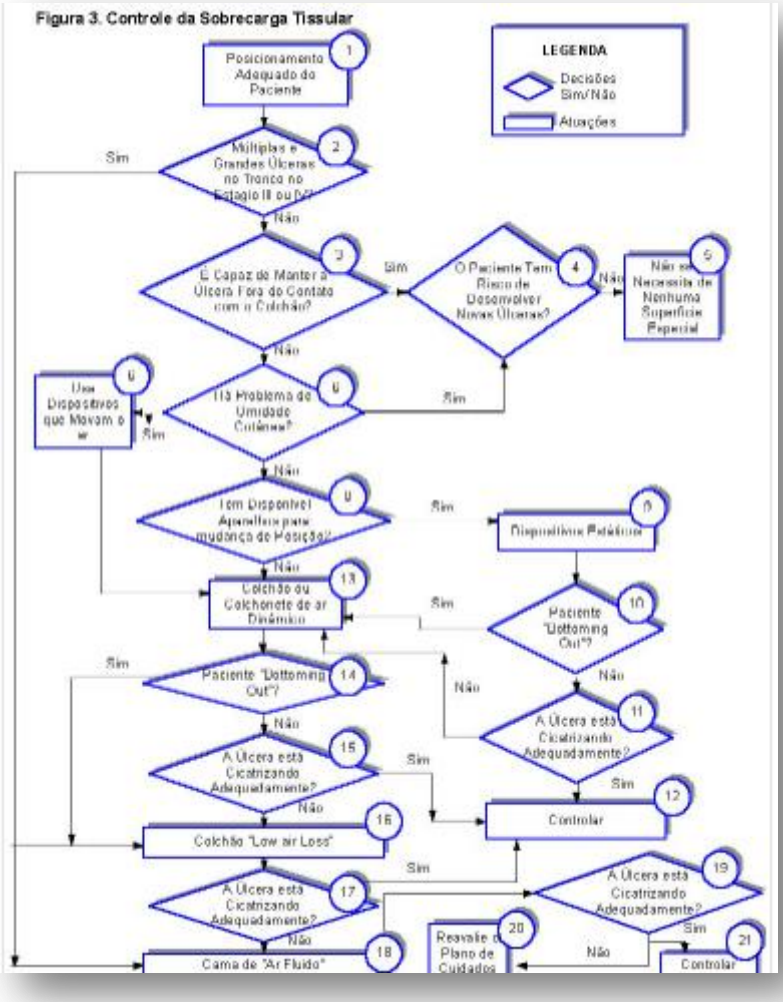
Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

Registro(s)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);

- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

Figura 13.3.33-1 - Fluxo de LPP Estágio 2



13.3.34. Protocolo de Curativo em Lesão por Pressão Estágio III

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO III	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Prevenir a progressão da lesão para o estágio seguinte.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições.

Lesão por Pressão (LPP): A Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

LPP estágio 3: Lesão da pele em sua espessura total. Podem existir túneis, solapamento, com ou sem necrose. Essa fase é muito confundida com o Estágio IV, mas nessa fase não temos a visualização de tecido muscular.

A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de músculos, tendão e osso. Fibrina pode ou não estar presente, mas sem prejudicar a identificação da profundidade. Pode incluir descolamento e túneis.

A profundidade da UPP Estágio 3 pode variar. Lesões em orelha, asa do nariz, maléolos e região occipital geralmente são rasas porque a camada de tecido subcutâneo nessas áreas é estreita.

- AGE - Ácidos Graxos Essenciais
- EPI - Equipamentos de Proteção Individual
- LPP - Lesão por Pressão;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- EPI's – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Cobertura primária específica (dependendo dos tecidos presentes na ferida);
- Cobertura secundária: gazes estéreis e/ou acolchoado, compressa estéril (se necessário);

- Gazes esterilizadas;
- Fita microporosa ou esparadrapo (se necessário);
- Atadura estéril (dependendo da região anatômica);
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os matérias (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Com as luvas de procedimento, retire o curativo anterior;
- Avaliar a ferida, identificando os tecidos e avaliando a presença de necrose e infecção;
- Secar apenas as bordas da ferida, avaliando essa área adjacente;
- Avaliar os tecidos presentes na lesão a fim de escolher a cobertura adequada;
- Utilizar a cobertura primária de acordo com o tecido presente na lesão;
- Ocluir com a cobertura secundária;
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Registrar no prontuário o procedimento, as características da LPP, região anatômica e cobertura utilizada;
- Prescrever o curativo de acordo com a cobertura escolhida.

Periodicidade

- Realizar a troca duas vezes ao dia.
- Se o paciente apresentar alguma piora clinica ou intercorrência, realizar a troca somente uma vez ao dia e justificar nas anotações de enfermagem.

Recomendações e Considerações

- Seguir o protocolo de prevenção para as Lesões por Pressão;

- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificar outras regiões anatômicas comprometidas;
- Escolher e utilizar a cobertura de acordo com o tecido prevalente;
- Não utilizar excesso de pomada na lesão;
- Solicitar parecer para a Comissão de Curativos se necessário.

Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção).
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

Figura 13.3.34-1 - Fluxo de LPP Estágio 3

Figura 13.3.34-2 - Fluxo de LPP Estágio 2

13.3.35. Protocolo de Curativo em Lesão por Pressão Não Estadiável

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO NÃO ESTADIÁVEL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Evitar infecção secundária, promover conforto ao paciente e preparar a ferida para possível desbridamento mecânico ou cirúrgico.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições.

Lesão por Pressão (LPP): A Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato.

A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

LPP não estadiável: Lesão identificada e visualizada por necrose em 100% de sua área. Pode se

apresentar na cor preta ou amarelada.

- AGE - Ácidos Graxos Essenciais;
- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- LPP - Lesão por Pressão;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- EPI's – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Cobertura primária específica (dependendo dos tecidos presentes na ferida);
- Cobertura secundária: gazes estéreis e/ou acolchoado, compressa estéril (se necessário);
- Gazes esterilizadas;
- Fita microporosa ou esparadrapo (se necessário);
- Atadura estéril (dependendo da região anatômica);
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Com as luvas de procedimento, retire o curativo anterior;
- Avaliar a ferida, identificando os tecidos e avaliando a presença de necrose e infecção;
- Realizar a limpeza da ferida com SF abundantemente.
- Passando gazes estéreis úmidas com SF dentro da lesão a fim de retirar exsudato, corpos estranhos que podem estar presentes na ferida;
- Secar apenas as bordas da ferida, avaliando essa área adjacente;
- Avaliar os tecidos presentes na lesão a fim de escolher a cobertura adequada;
- Utilizar a cobertura primária de acordo com o tecido presente na lesão;
- Ocluir com a cobertura secundária
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Registrar no prontuário o procedimento, as características da LPP, região anatômica e cobertura utilizada;
- Prescrever o curativo de acordo com a cobertura escolhida.

Periodicidade

- Realizar a troca duas vezes ao dia;
- Se o paciente apresentar alguma piora clinica ou intercorrência, realizar a troca somente uma vez ao dia e justificar nas anotações de enfermagem.

Recomendações e Considerações

- Seguir o protocolo de prevenção para as Lesões por Pressão;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificar outras regiões anatômicas comprometidas;
- Escolher e utilizar a cobertura de acordo com o tecido prevalente;
- Não utilizar excesso de pomada na lesão;
- Solicitar parecer para a Comissão de Curativos se necessário.

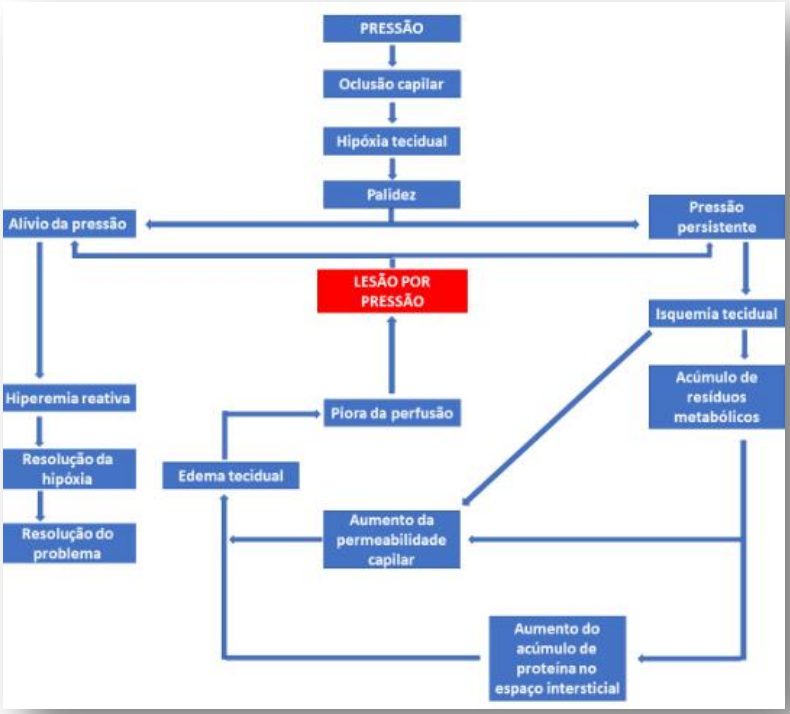
Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção).
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

Figura 13.3.35-1 - Fluxo de Lesão Não Estadiável



13.3.36. Protocolo de Orientações Gerais para a Realização de Curativos

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DE CURATIVOS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Realizar trocas de curativos de forma segura e organizada, prevenindo contaminação cruzada e mantendo a privacidade do paciente.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

Siglas, Termos e Definições.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- EPI´s: máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Gazes estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Fita microporosa;
- Cobertura indicada;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja ou o carrinho de curativo;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar a parte externa do curativo (não retirar as gazes em contato e/ou aderidas ao leito da ferida);
- Retirar as luvas de procedimento;
- Calçar a luva estéril;
- Retirar as gazes em contato com o leito da ferida com luva estéril ou com auxílio de pinças estéreis;

- Com a mesma luva estéril, que retirou as gazes em contato com o leito da ferida, realizar a limpeza da mesma;
- Iniciar a limpeza da ferida: Começar limpando o leito, posteriormente as bordas e depois a área próxima as bordas (área Peri-ferida);
- Além do uso do SF 0,9% a jato, deve-se limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF 0,9% em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Em ferida operatória, deve-se iniciar a limpeza na incisão cirúrgica, em um mesmo sentido (unidirecional) e posteriormente, da área adjacente, no mesmo sentido;
- Após a limpeza, secar a área adjacente e bordas, se necessário;
- Avaliar os tecidos presentes na ferida para escolher a cobertura adequada;
- Aplicar a cobertura indicada e escolhida na lesão, sempre usando técnica asséptica;
- Ocluir a lesão e realizar as trocas conforme a cobertura ou conduta da Comissão de Curativos ou do médico responsável pelo caso;
- Identificar o curativo;
- Organizar o material;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, citando as características da ferida e a cobertura escolhida.

Periodicidade

O curativo deve ser trocado considerando a cobertura utilizada.

Recomendações e Considerações

- A utilização das luvas NÃO substitui a lavagem das mãos;
- Todo curativo realizado em ambiente hospitalar deve ser realizado com técnica estéril;
- Somente a camada externa do curativo pode ser retirada com luvas de procedimento;
- Não retirar curativos com luvas já utilizadas em outros procedimentos;
- As gazes em contato com o leito da ferida devem ser retiradas com luvas estéreis e com esta mesma luva estéril, já calçada, pode-se realizar a limpeza do leito da ferida;

- Ter bom senso: Cuidado na abertura de grandes quantidades de pacotes de gazes, pois sobrando material, não se deve reaproveitar as mesmas em outra ferida (para evitar contaminação cruzada);
- Quando o paciente tiver mais de uma ferida, não abrir o curativo com as luvas que realizou o último curativo. Deve-se trocar de luvas e realizar a lavagem das mãos ou desinfecção com álcool gel entre uma ferida e outra;
- Os carrinhos de curativos devem ser higienizados entre cada paciente atendido, para diminuir o risco de infecção cruzada, principalmente em locais com microrganismos multirresistentes;
- Manter na parte superior dos carrinhos somente os materiais necessários para cada curativo/paciente;
- Material acondicionado no carrinho deve ser manipulado sem luva;
- Almotolias: troca de soluções conforme orientação da scih;
- Não posicionar bandeja ou materias de curativos no leito do paciente;
- Obrigatória a desinfecção da mesa de mayo / carrinho entre um paciente e outro;
- Evitar expor o paciente, mantendo a privacidade individual;
- O saco de lixo branco deve ser individual para cada paciente.

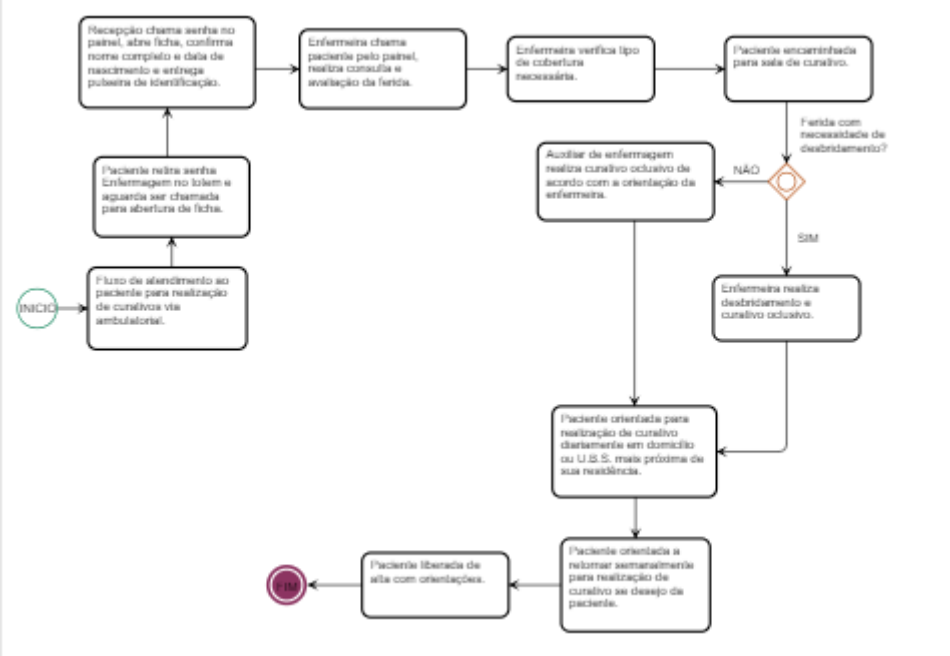
Responsável(is)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

Registro(s)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

Figura 13.3.36-1 - Fluxo de Orientação de Curativos



13.3.37. Protocolo de Instalação de Balão Intra Aórtico

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	INSTALAÇÃO DE BALÃO INTRA AÓRTICO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Avaliar efeitos adversos da pressão intra-abdominal.

Aplicabilidade

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UCI.

Siglas, Termos e Definições

- BIA – Balão Intra – aórtico;
- SCIH – Serviço de Controle de infecção Hospitalar;
- ECG – Eletrocardiograma;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Kit de sutura:
- 1 Kit de Pressão Invasiva;
- 1 cabo de pressão invasiva com transdutor da pressão (compatíveis com o console), Eletrodos (5unid.);
- 1 bolsa pressurizadora, Heparina 5000 UI/ml – 0,25 ml, soro fisiológico – 0,9%250 ml, cabo para Monitorização Cardíaca;
- Cateter do balão intra aórtico, console do balão intra aórtico, 1 gorro, máscara.

Descrição do Procedimento

- Orientar o paciente e família sobre o procedimento, sempre que possível;
- Realizar higienização das mãos conforme orientação do SCIH;
- Organizar o material;
- Selecionar o cabo de pressão e transdutor compatíveis com o console do BIA que será utilizado;
- Preparar a solução para preenchimento do Kit de Pressão Invasiva: 250 ml de Soro Fisiológico 0,9% com 0,25 ml de heparina (frasco de 5000 UI/ml), e colocar em bolsa pressurizadora com pressão de 300 mmHg;
- Alinhar o ponto "zero" do sistema à linha axilar média;
- Colocar os eletrodos no paciente e monitorizá-lo, obrigatoriamente, no console do BIA;
- Realizar curativo oclusivo no local da inserção, após passagem do cateter;
- Conectar a extensão de saída do hélio à do cateter, inserido no paciente;
- Conectar a extensão da Pressão Arterial invasiva ao transdutor de pressão;
- Conferir com o médico o método ciclagem do BIA: ECG, curva de Pressão ou outros;
- Equalizar pressão do "zero", abrindo a válvula para o ambiente e pressionando o botão correspondente, e verificando o aparecimento dos valores "zero" nas pressões e adequação da curva;

- Verificar adequação da curva de pressão com a ciclagem acionada, a frequência da contra pulsação em relação ao número de diástoles, os valores pressóricos (sistólico e diastólico com o balão insuflado);
- Verificar o pulso poplíteo, pedioso ou tibial posterior do membro no qual o cateter do BIA está inserido, comparando com o contra - lateral, e registrar na anotação de enfermagem: amplitude dos pulsos, perfusão periférica e aquecimento;
- Imobilizar o membro do paciente com atadura, para evitar flexão, se necessário;
- Verificar presença de sangramento ou hematoma no local de inserção, registrando na anotação e/ou evolução de enfermagem;
- Encaminhar pedido de RX de tórax;
- Deixar a unidade organizada;
- Realizar a higienização das mãos conforme recomendações do SCIH;
- Realizar registros frequentes de enfermagem pelo menos 1 vez a cada 6 horas: frequência da ciclagem e perfusão do membro, além de qualquer alteração na programação do console.

Periodicidade

De acordo com prescrição médica.

Recomendações e Considerações

- Caso haja redução na perfusão do membro, providenciar aquecimento com algodão ortopédico e atadura (evitando faixamento compressivo);
- Ligar para o setor de gases medicinais e solicitar reposição do hélio sempre que o console acusar nível de hélio baixo (low);
- Avisar o médico em caso de interrupção no funcionamento do BIA;
- O transporte do paciente pode ser feito com o sistema desativado, desde que o BIA não fique inativo por tempo superior a 30 minutos;
- A retirada do cateter deve ser realizada pelo médico.

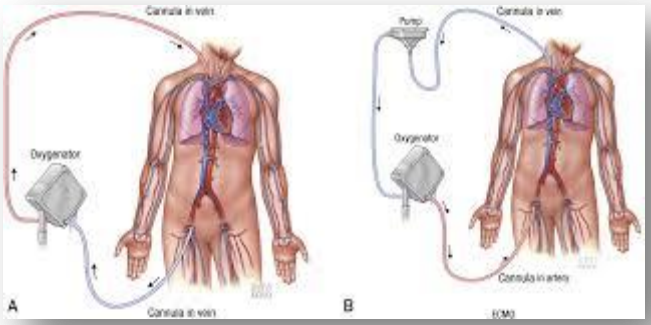
Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

Descrever o resultado no prontuário do paciente.

Figura 13.3.37-1 - Fluxo de Instalação de Balão Aórtico



13.3.38. Protocolo de Desinfecção Química de Artigos Semicríticos

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	DESINFECÇÃO QUÍMICA DE ARTIGOS SEMICRÍTICOS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Promover desinfecção de alto nível, eliminando microrganismos na forma vegetativa presentes nos artigos semicríticos (artigos de assistência respiratória) mediante a aplicação de agentes químicos (ácido peracético), evitando desta forma a propagação de focos de infecção entre pacientes, e mantendo a vida útil do artigo.

Aplicabilidade

Central de material e esterilização.

Siglas, Termos e Definições

- CME - Central de Material e Esterilização;

- EPI - Equipamento de Proteção Individual;
- CC – Centro Cirúrgico;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Recebimento *De Material Sujo*
    - Luva cano longo, avental impermeável de manga longa, calçados fechados impermeáveis e antiderrapantes gorro, máscara, óculos de proteção, protetor auricular e livro de registro de entrega de material sujo dos setores externos.
- Limpeza/ Descontaminação Do Material Sujo
    - Solução enzimática, torneiras com água quente, cálice graduado (dosador), recipientes de plástico com tampa, escovas (cerdas macias), escovas tubulares para limpeza.
- Enxague
    - Torneiras com jato de água quente, torneiras com bico de pressão.
- Secagem
    - Compressa cirúrgica, ar comprimido, campos duplos.
- Inspeção da limpeza
    - Lupa.
- Desinfecção
    - Luva cano longo, avental impermeável de manga longa, calçados fechados impermeáveis antiderrapantes, gorro, máscara, óculos de proteção, protetor auricular, cálice graduado (dosador), recipientes de plástico com tampa, seringas, torneiras com bico de pressão, compressas e campos limpos e secos, ar comprimido, fita teste e livro de controle do ácido peracético, ficha de controle de desinfecção pelo ácido peracético.
- Acondicionamento e Armazenagem
    - Gorro, máscara, luvas, sapato fechado, caderno de registro de preparo de materiais, grau cirúrgica e seladora.

Descrição do Procedimento

- Recebimento de Material Sujo
    - Paramentar-se com EPI’s;

- Ao receber os materiais sujos provenientes dos setores externos realizar conferência se estão completos e registrar em livro próprio do expurgo especificando o setor a que pertence o material, nome do material, data e hora da entrega e funcionário responsável pela entrega. Caso haja algum artigo incompleto descrever essa condição no livro.;
- Ao receber material sujo do CC conferir e encaminhar a limpeza.

- Limpeza/ Descontaminação do Material Sujo
  - Paramentar-se com EPI's;
  - Preparar a solução enzimática conforme orientação do fabricante em quantidade suficiente para que o artigo seja completamente imerso;
  - Desmontar artigo e imergi-lo na solução preparada;
  - Deixar durante o tempo recomendado pelo fabricante;
  - Lavar o material com auxílio de escovas, esponja e seringa (artigos tubulares).
- Enxágue
  - Paramentar-se com EPI's;
  - Enxaguar com água abundantemente.
- Secagem
  - Paramentar-se com EPI's;
  - Dispor os artigos em balcão forrado com campos duplos limpos e secos;
  - Secar os componentes cuidadosamente antes de proceder à desinfecção com compressa cirúrgica limpa e seca;
  - Utilizar ar comprimido para secagem dos artigos tubulares.
- Inspeção da Limpeza
  - Paramentar-se com EPI's;
  - Realizar a inspeção visual para observar a existência de resíduos de sujidade;
  - Se o artigo apresentar sujidade visível deverá retornar ao processo de limpeza inicial;
  - Encaminhar para processo de desinfecção de alto nível.
  - Desinfecção
  - Paramentar-se com EPI's;
  - Diluir a solução desinfetante (acido peracético) conforme as orientações do fabricante;
  - Imergir totalmente os artigos secos na solução de desinfetante lembrando-se de preencher os lumens com a solução;
  - Deixar a solução de desinfetante agir pelo tempo recomendado pelo fabricante, registrar em ficha própria a hora da imersão;

- Retirar os artigos da solução de desinfetante e enxaguar abundantemente com água filtrada;
- Registrar em ficha a hora da retirada do artigo da solução;
- Secar os artigos utilizando ar comprimido e compressas cirúrgicas limpas;
- Encaminhar para preparo em bandeja forrada com campos limpos e secos;
- Monitorar a solução desinfetante por meio de indicadores químicos próprios (semanalmente) e registrar em documento próprio;
- Observar a validade do ácido peracético de 30 dias.

- Acondicionamento e Armazenagem
  - Paramentar-se com EPI's;
  - Inspecionar limpeza e secagem do artigo;
  - Embalar material em grau cirúrgico; identificar com data de desinfecção, nome de quem preparou e setor ao qual pertence o artigo;
  - Material de setores externos: encaminhar a cesto próprio na distribuição;
  - Material do CC: encaminhar à sala de apoio.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

N/A.

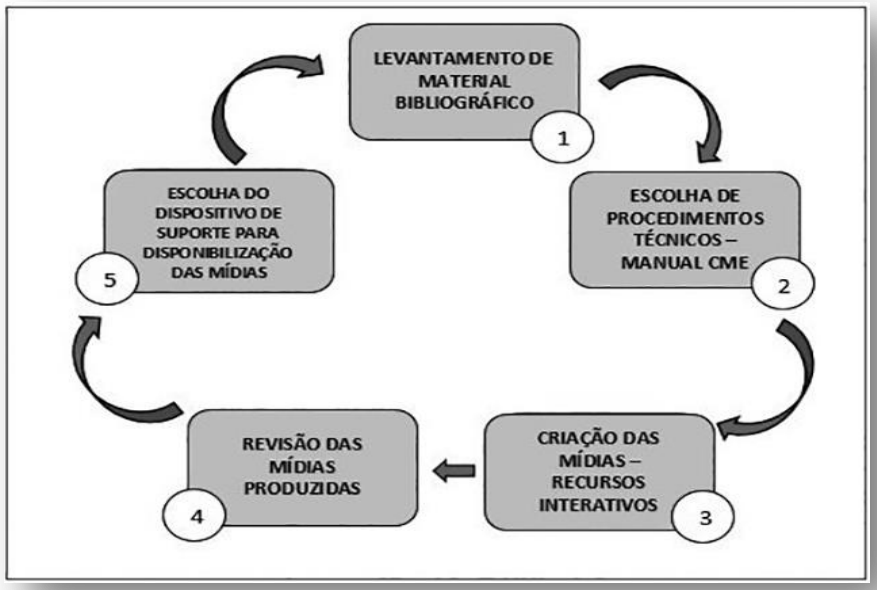
Responsável(is)

Técnico do CME responsável pelo expurgo e enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.38-1 - Fluxo de CME



13.3.39. Protocolo de Lavagem, Secagem e Preparo de Artigos Críticos e Semicríticos, Convencionais e Canulados

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	LAVAGEM, SECAGEM E PREPARO DE ARTIGOS CRÍTICOS E SEMICRÍTICOS, CONVENCIONAIS E CANULADOS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Receber o material contaminado e submetê-lo a todas as etapas do processo de esterilização de forma padronizada e eficiente a fim de minimizar a possibilidade de erros no processo.

Aplicabilidade

Centro de Material e Esterilização e Centro Cirúrgico.

Siglas, Termos e Definições

- CME - Centro de Material e Esterilização;
- RDC - Resolução da Diretoria Colegiada;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

Ficha de controle de desinfecção do expurgo, livro de registro de entrada de materiais das autoclaves, ficha de registro dos testes.

Descrição do Procedimento

- Classificar o material em critico e semi-crítico
    - Se semicrítico proceder à limpeza manual e colocá-lo no detergente enzimático pelo tempo recomendado;
    - Ao retirar o material lavar com água corrente e colocar para secar no varal a fim de retirar o excesso de água;
    - Colocar no ácido peracético por dez minutos, certificar-se de que o material está devidamente submerso e que não existem bolhas no interior dos mesmos;
    - Registrar na ficha de controle de desinfecção;
    - Retirar do ácido peracético, enxaguar secar o material;
    - Encaminhar ao preparo;
    - Se o material for critico proceder limpeza manual, enzimático, enxágue, secagem e encaminhar ao preparo.
- Preparo do material
    - Conferir o estado de limpeza do material, quantidade de peças (se alguma peça ainda estiver suja devolver ao expurgo);
    - Montar a caixa, envolver com invólucro apropriado, identificando conforme RDC 15;
    - Se o artigo for semicrítico conferir o estado de limpeza e colocar em embalagem apropriada, identificar conforme RDC ANVISA nº 15;
- Esterilização do material
    - Receber o material, devidamente preparado, registrar no livro da autoclave no qual ele vai ser pro- cessado;

- Colocar na autoclave (não esquecer o teste químico classe 5), programar a autoclave para o ciclo adequado ao tipo de material;
- Iniciar o ciclo.

- Retirada do material da autoclave
  - Passar o teste químico classe 5 para ser lido pelo enfermeiro;
  - Após liberação da carga pelo enfermeiro, o material ter sido esterilizado e estar frio, armazenar na distribuição na prateleira especifica para cada tipo de materiais;
  - Caso a carga não tenha sido liberada deverá ser reesterelizada.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

N/A.

Responsável(is)

Técnico de enfermagem da CME e expurgo, enfermeiro da CME.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.39-1 - Fluxo de CME Semicrítica

13.3.40. Protocolo de Monitorização Cardíaca

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

A monitorização cardíaca deve ser realizada rotineiramente em todo paciente internado na UTI Adulto, UTI Pediátrica, UCI Adulto.

Aplicabilidade

- UTI Adulto;
- Unidade de Cuidados Intermediários Adulto.

Siglas, Termos e Definições

N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Monitor cardíaco completo ou oxímetro de pulso (RN ou crianças);
- Eletrodos;
- Pasta condutora;
- Aparelho de tricotomia se necessário;
- Papel higiênico ou lenço de papel para remover a pasta da pele do paciente.

Descrição do Procedimento

- Reunir o material
- Lavar as mãos;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado e a sua finalidade;
- Ligar o cabo de força do monitor ou oxímetro à rede elétrica de acesso com a tensão da rede local;
- Realizar tricotomia do local de adesão dos eletrodos, se necessário;
- Se o cabo possuir três eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:
    - 1º disco (fio vermelho): IV espaço intercostal direito ao lado do osso esterno
    - 2º disco (fio preto): IV espaço intercostal esquerdo ao lado do osso esterno
    - 3º disco (fio amarelo): IV espaço intercostal na linha hemiclavicular
- Se o cabo possuir 05 (cinco) eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:
    - 1º disco (fio vermelho) no lado direito do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais.
    - 2º disco (fio preto) no lado direito do paciente, ao nível da última costela palpável.
    - 3º disco (fio amarelo) no lado esquerdo do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais.
    - 4º disco (fio verde) no lado esquerdo do paciente ao nível da última costela palpável
    - 5º disco (fio marrom) na parte inferior da caixa torácica (próximo ao apêndice)

- Conectar os do cabo do monitor nos discos conforme a cor especificada acima ou no caso do sensor do oxímetro colocá-lo no dedo da mão ou do pé;
- Ligar o aparelho acionando a chave ON/OFF;
- Programar a derivação desejada, posicionar a chave de derivações;
- Programar os alarmes de frequência máxima e frequência mínima, conforme o paciente;
- Manter o paciente em ordem e confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

N/A.

Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.40-1 - Fluxo de monitoramento cardíaco

13.3.41. Protocolo de Pressão Arterial Invasiva

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

A pressão por este método é medida por um cateter introduzido na artéria, o qual é conectado em uma coluna líquida. A medida da pressão é obtida por um transdutor de pressão que faz a leitura; é obtida pressão sistólica, diastólica e média.

Aplicabilidade

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UCI;

- Centro Cirúrgico.

Siglas, Termos e Definições

- PAI - Pressão Arterial Invasiva;
- AVC - Acidente Vascular Cerebral;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Transdutor de pressão em suporte próprio;
- Monitor com Módulo de pressão invasiva;
- Equipo próprio para pressão invasiva;
- Pressurizador;
- Régua de Nível "Zero";
- Solução a ser utilizada deve ser SF 0,9% preferencialmente com heparina unidade/ml, mantendo a bolsa pressurizada em 300 mmHg;
- Formulário Balanço Hídrico.

Descrição Do Procedimento

- A pressão por este método é medida por um cateter introduzido na artéria, o qual é conectado em uma coluna líquida;
- A medida da pressão é obtida por um transdutor de pressão que faz a leitura; é obtida pressão sistólica, diastólica e média;
- Transdutor de pressão em suporte próprio;
- A solução a ser utilizada deve ser o soro fisiológico a 0,9%, preferencialmente com heparina 01 unidade/ml, mantendo a bolsa pressurizada em 300 mmHg;
- A posição do paciente e do transdutor de pressão influencia na alteração dos valores de pressão arterial;
- Devemos realizar o "zerar" a linha de pressão arterial, na linha média axilar;
- A cateterização da artéria para mensurar a pressão arterial invasiva está indicada para:
    - Cirurgia cardiopulmonar.
    - Grandes cirurgias vasculares, torácicas, abdominais ou neurológicas.
    - Instabilidade hemodinâmica.

- Uso de drogas vasoativas.
- Uso de monitorização da pressão intracraniana.
- Emergência hipertensiva associada à dissecção de aorta ou AVC.
- Necessidade de gasometria arterial mais que três vezes ao dia.
- Controle rigoroso da pressão arterial para conduta clínica.

- Uma pressão arterial invasiva está contra indicada relativamente para:
  - Doença vascular periférica.
  - Doenças hemorrágicas.
  - Uso de anticoagulantes ou trombolíticos.
  - Punção em áreas infectadas.
- Local de Inserção
  - Preferencialmente, artéria radial, dorsal do pé ou pediosa e femural, obtida pelo método da punção percutânea com jelco no18 ou 20. Sem dúvida, a mais frequentemente utilizada é a artéria radial sempre que possível do lado corporal não dominante e após a realização do teste de Allen (o tempo de enchimento capilar da mão pela artéria ulnar deve ser inferior a 5 segundos);
  - A linha arterial pode ser obtida por punção ou dissecção arterial. A punção é o procedimento mais indicado, por permitir menor lesão da artéria; deixando a dissecção somente para casos mais graves, após várias tentativas de punção sem sucesso;

- • Os valores normais da pressão arterial invasiva são os mesmos da pressão arterial não invasiva. Sistólica 90-130 mmHg e diastólica 60 – 90 mmHg.
- Após a montagem de todo o sistema de conexão da linha arterial ao transdutor de pressão, o monitor eletrônico deve ser programado para o registro das curvas. Posiciona-se o transdutor ao nível da linha zero de referência e zera-se o aparelho. Zerado o aparelho e posicionado a linha zero de referência, o sistema é fechado para a atmosfera e aberto para a linha arterial, iniciando-se os registros de pressões. Daí a importância de uma análise cautelosa da conformação das ondas de pressão registradas no monitor, para se detectarem problemas técnicos que possam estar interferindo de modo significativo nos valores reais da pressão arterial.
- Após a punção arterial podem ocorrer algumas interferências técnicas, que são: hematoma pós-punção (amortece a curva da pressão); fluxo retrógado do sistema (ocorre por falta da pressurização adequada, po- dendo coagular o sistema); hemorragia (por desconexão do sistema); embolia proximal ou distal (coágulos na luz do cateter).

- Um procedimento de pressão arterial invasivo pode apresentar algumas complicações: Embolização arterial e sistêmica; Insuficiência vascular; Necrose isquêmica; Infecção; Hemorragia; Injeção acidental de drogas intra-arterial; Trombose; Espasmo arterial; Hematoma local; Dor local; Fístula arteriovenosa.
- Desvantagens
    - Método invasivo. Maior risco de complicações. Permite erros de interpretação da pressão caso haja alteração no equipamento e/ou conexões.
- Cuidados de Enfermagem
    - Primeiro dia: realizar curativo oclusivo após punção arterial e observar sangramento.
    - Segundo dia: se não houver sangramento, realizar o curativo com filme transparente (Tegaderm), retirando-o se apresentar sangramento e manter o curativo com gaze e Micropore.
    - Fixação do punho com tala ou restrição do membro, atenção para sinais de garroteamento.
    - Zerar o PAM ao nível da linha axilar média com o paciente em decúbito dorsal horizontal. Se o paciente não tolerar o decúbito dorsal horizontal, realizar as medidas a 20º.
    - Retirar as bolhas de ar do sistema.
    - Uso de técnica asséptica para manipulação do sistema.
    - Verificar tempo de permanência do cateter: máximo de 96 horas.
    - Monitorização constante da circulação do membro cateterizado através da avaliação da cor, enchimento capilar e presença de pulso e gradiente térmico, deixando exposto os dedos do membro para controle da perfusão local.
    - Trocar a cada 72 horas e se necessário, o kit de transdutor de pressão invasiva e datar.
    - Manter infusão de SF 0,9% 500ml + heparina 1 ml, na bolsa pressurizadora e trocar a cada 24 horas.
    - Retirar o cateter se apresentar hematoma, edema, dor local ou diminuição da perfusão.
    - Quando retirar o cateter, realizar compressão no local e após, efetuar curativo compressivo, devendo ser retirado após 30 minutos e observar se não há presença de sangramento.
    - Se o cateter apresentar obstrução, aspirar através da seringa o conteúdo e NUNCA injetar.

- Manter o cateter permeável até sua retirada, evitando qualquer tipo de obstrução.
- O registro dos valores da PAM deve ser realizado de hora em hora nos pacientes instáveis e a cada duas horas em pacientes estáveis.
- Manter permeabilidade do cateter através do fluxo contínuo de solução heparinizada, mantendo a bolsa pressurizadora com 300mmHg de pressão.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

N/A;

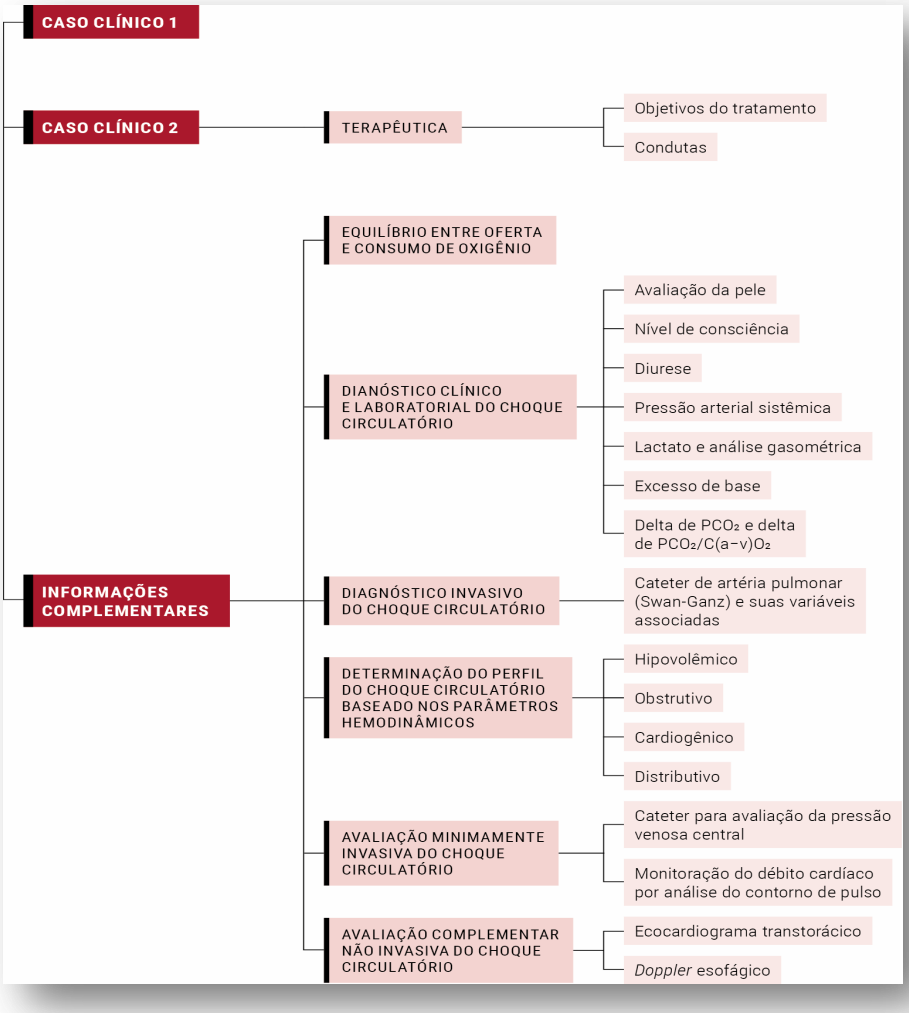
Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.41-1 - Fluxo de PA Invasiva



13.3.42. Protocolo de Pressão Intra-Abdominal

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Avaliar efeitos adversos da pressão intra-abdominal nos seguintes casos: trauma abdominal; distensão abdominal, dificuldade respiratória, hipercapnia, oligúria, redução do débito cardíaco e hipóxia.

Aplicabilidade

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UCI, Centro Cirúrgico.

Siglas, Termos e Definições

- PIA – pressão intra-abdominal;
- SCA – síndrome compartimental abdominal;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 equipo para PVC com régua niveladora de pressão venosa central (PVC);
- 01 frasco de 500 ml de soro fisiológico 0,9%;
- Fita crepe;
- 01 suporte de soro;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 régua de graduada em centímetros;
- Agulha 40X12;
- Identificação;
- Formulário de Balanço Hídrico.

Descrição do Procedimento

- O método direto é realizado pelo médico através da introdução de um cateter ou agulha na cavidade peritoneal, conectado a um equipo e um manômetro de pressão. Já o método indireto é mais utilizado e é realizado através da pressão intravesical, com o paciente em uso de sonda vesical de demora.

- Manter o paciente em decúbito dorsal, horizontal e com de sonda vesical de folley de duas ou três vias;
- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhantes quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Conectar o soro ao equipo, colocando-o no suporte;
- Preencher equipo;
- Fixar a régua de papel no suporte de soro, de forma que o "zero" nivelando com sínfise púbica ou linha axilar média, considerando decúbito dorsal horizontal com a cama 30 graus;
- Fixar o equipo de PVC no suporte de soro, fixando a extremidade dupla na porção superior da régua de papel, e a base na porção inferior;
- Pinçar a bolsa coletora de urina;
- Para sonda vesical Foley de duas vias conectar a extremidade distal do equipo na agulha (40X12) após antissepsia do local e introduzir na parte de silicone do tubo (local de coleta de amostra de urina) que deverá estar conectado o equipo e logo injetar 50 ml de soro fisiológico 0,9% diretamente na bexiga;
- Para Sonda Vesical Foley 3 vias conectar a extremidade distal do equipo na 3 Via que deverá permanecer conectado o equipo, injetar 50 ml de soro fisiológico 0,9% diretamente na bexiga;
- Aguardar a expiração do paciente;
- Abrir o equipo, observar o nível de soro no equipo, e anotar o valor em que o nível da solução parou considerando o zero como referência;
- Para Sonda Foley 2 Vias desconectar a agulha e proteger a região distal do equipo evitando contaminação;
- Para Sonda Foley 3 Vias, fechar o equipo;
- Abrir a Sonda Vesical e verificar se drenou o volume infundido;
- Deixar ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados;

- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado;
- Trocar o equipo a cada 72 horas;
- Trocar a solução Fisiológica 0,9% a cada 24 horas.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

N/A.

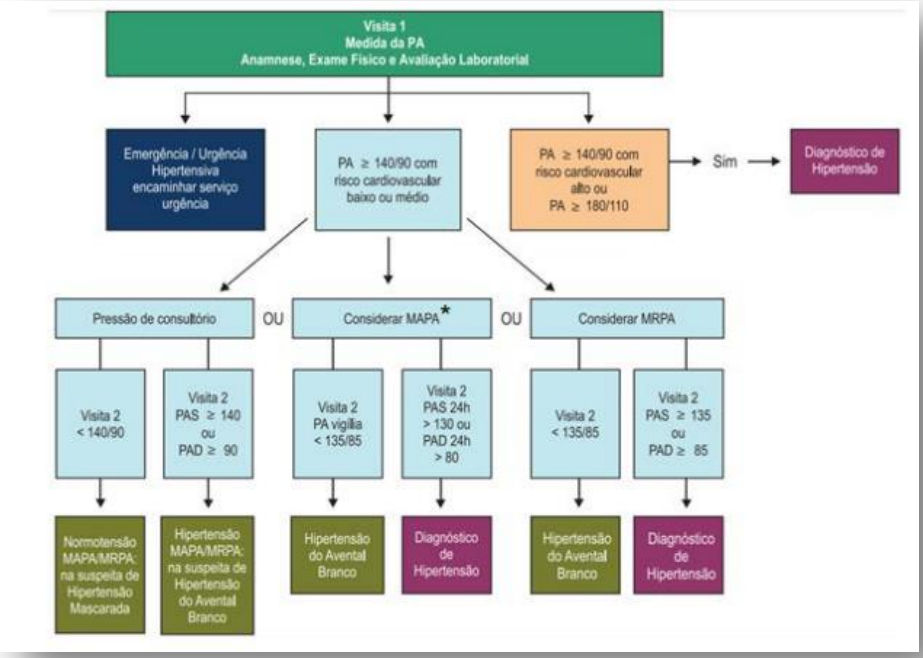
Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.42-1 - Fluxo de PA abdominal



13.3.43. Protocolo de Pressão Venosa Central – PVC

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PRESSÃO VENOSA CENTRAL – PVC	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Subsidiar a avaliação do estado volêmico do beneficiário;
- Estimar a pressão diastólica (ou pressão de enchimento do ventrículo direito) juntamente como outros parâmetros clínicos e hemodinâmicos.

Aplicabilidade

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UCI;
- Centro Cirúrgico.

Siglas, Termos e Definições

- PVC – Pressão Venosa Central;
- PEEP – Pressão Expiratória Positiva Final;
- VM – Ventilação Mecânica;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Equipo para PVC, com régua niveladora de pressão venosa central (PVC);
- 01 frasco de 250ml de SF 0,9%;
- Fita crepe;
- 01 suporte de soro;
- Luvas de procedimento;

- Uma régua graduada em centímetros;
- Protetor de conexão 2 vias;
- Identificação;
- Formulário Balanço Hídrico.

Descrição do Procedimento

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Conectar o soro ao equipo, colocando-o no suporte;
- Preencher o equipo com a solução;
- Fixar a régua de papel no suporte de soro, de forma que o "zero" fique na altura do tórax do cliente próxima à régua, considerando decúbito dorsal horizontal como cama no nível mais baixo (quando elétrica) e a cabeceira 30 graus.
- Nivelar o ponto estabelecido entre a linha axilar média e ao nível do quarto espaço intercostal do paciente, com o auxílio da régua de nível.
- Fixar o equipo de PVC no suporte de soro, fixando a extremidade dupla na porção superior da régua de papel, e a base na porção inferior;
- Conectar a extremidade distal do equipo no cateter central após anti-sepsia do local;
- Manter o cliente em decúbito dorsal horizontal;
- Abrir a via do cateter onde está conectado o equipo de PVC, fechando outras infusões que estejam conectadas;
- Fechar a pinça abaixo do soro e abrir a pinça distal;
- Lavar a extensão do cateter;
- Observar a infusão do soro pelo cateter até que pare;
- O número atingido na régua quando ela permanece a nível será considerado o "zero";
- Utilizar os sinais + e – para parâmetros acima e abaixo de zero, respectivamente;
- Os valores normais da PVC são de 19 - 23 mmHgsem VM e 23 - 27 mmHg com VM (uso de transdutor de pressão) ou 14 - 17 cmH2O sem VM e 17 - 20 cmH2O com VM (uso da régua com solução salina).

- Valores abaixo do normal podem sugerir hipovolemia e valores mais altos podem sugerir sobrecarga volumétrica ou falência ventricular, mas devem ser avaliados com outros parâmetros.
- Deixar o ambiente em ordem;
- Estar atento a desconexão do sistema;
- Estar atento a sangramento na inserção do cateter, e infecção do sítio de punção.
- Cuidados Enfermagem
    - A obtenção da linha venosa para posicionamento do catéter é feita por punção percutânea ou dissecção venosa (a ponta do catéter deve estar posicionada em veia central (veia cava superior), devendo- se evitar seu posicionamento dentro do átrio direito para evitar arritmias ou perfuração);
    - As veias de escolha são jugular interna, subclávia ou braquial. A veia femural não deve ser usada para aferição de PVC;
    - Checar radiologicamente a posição do catéter antes de instalar a PVC;
    - O catéter e as conexões rígidas não devem ultrapassar o comprimento de 120cm;
    - Preencher o sistema com solução salina fisiológica estéril;
    - Retirar qualquer bolha de ar do sistema de mensuração;
    - Medir a PVC através da coluna d'água graduada em cm ou medir por meio de transdutor e monitor calibrados em mmHg;
    - Contaminação: trocar todo o Sistema de conexões e equipo da PVC;
    - Mensuração incorreta: refazer o procedimento observando a técnica descrita;
    - Mobilização cateter: comunicar ao médico responsável e/ou plantonista, observar a infusão de líquidos, refazer a fixação do cateter.
- Fatores que interferem no valor real da PVC:
    - Em relação ao paciente: Mudança de posição no leito; movimentação excessiva; movimentos respira- tórios amplos e laboriosos (inspiratórios ou expiratórios); pacientes conectados a respiradores mecânicos com pressão inspiratória ou PEEP, pois haverá diminuição do retorno venoso e consequentemente níveis alterados de PVC.
    - Em relação ao catéter e os sistemas de conexão: mau posicionamento da ponta do cateter; coágulo no catéter; cateteres excessivamente finos ou de alta complacência; presença de bolhas de ar no sistema; cateteres dobrados ou com pontos de estrangulamento; cateteres e conexões com vazamentos.
    - Em relação ao sistema de mensuração: zero de referência inadequadamente posicionado, zero elétrico inadequado; alteração na membrana do transdutor;

transdutor e amplificador inadequadamente calibrados; pequena faixa de resposta da coluna d'água, em relação aos parâmetros hemodinâmicos.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

N/A.

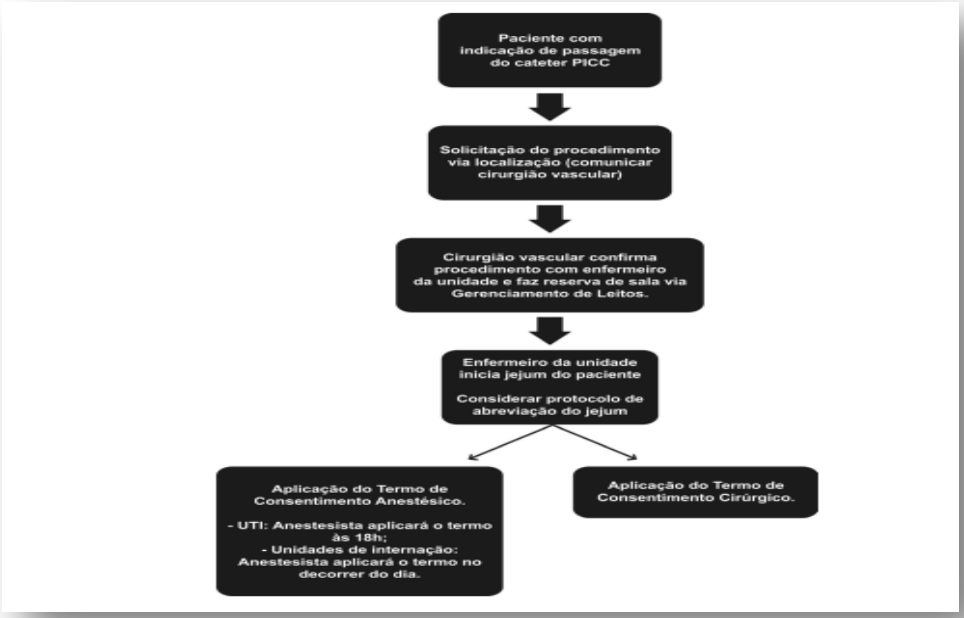
Responsável(is)

Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.43-1 - Fluxo de PA Venosa Central



13.3.44. Protocolo de Reanimação Cardíaca

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	REANIMAÇÃO CARDÍACA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Diagnosticar Parada Cardiorrespiratória;
- Organizar etapa básica e avançada do atendimento;
- Capacidade de realizar ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com maior probabilidade de sobrevida.

Aplicabilidade

Unidade de Cuidados Intermediários.

Siglas, Termos e Definições

- PCR – Parada Cardiorrespiratória;
- RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Cardioversor/desfibrilador;
- Gel;
- Gazes;
- Papel higiênico ou lenço de papel para remover o gel da pele;
- Álcool a 70%;
- Materiais do leito:
- Ambú com máscara e reservatório;
    - Frasco de aspiração com látex;
    - Sonda para aspiração;

- Umidificador com látex;
- Carro de PCR contendo:
  - Tubo orotraqueal;
  - Fio guia;
  - Laringoscópio e lâminas 3 e 4 curva e reta;
  - -Seringa de 10 ml para insuflar cuff;
  - Seringas para medicações;
  - Fixador de TOT;
  - Medicações;
  - Prancha.

Descrição do Procedimento

- A frequência das compressões torácicas é de no mínimo 100 por minuto;
- A frequência das compressões torácicas e ventilação são de 30:2 (VAS), após cada ciclo de 2 minutos, trocar o massagista e verificar os pulos (10 segundos) respiração, se não respira e não tem pulso, continuar o novo ciclo de massagem e ventilação;
- No caso de Vias aéreas avançadas, as compressões não são alternadas com a ventilação, a ventilação é contínua, com frequência de 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto);
- Manter o ambu com máscara e oxigênio a 100% com cerca de 12 litros/min;
- Ajustar adequadamente a máscara na face do paciente;
- O pulso deve ser verificado sempre na artéria carótida (adulto) ou femoral, do mesmo lado em que o reanimador se encontra;
- O local das compressões se faz nos dois terços inferiores do esterno. Para colocar as mãos, achar gradeado costal e siga-o;
- A mão (destra) fica por baixo da outra entrelaçando os dedos, mas nunca devem tocar o gradeado costal;
- Manter os braços estendido e o ombros perpendiculares do tórax do paciente, comprimir de 4 a 5 cm, de maneira rítmica sendo metade compressão e metade descompressão. As mãos não devem ser retiradas do tórax para não se perder a posição correta;
- A avaliação do ritmo cardíaco deve ser frequente e para um ritmo desfibrilável, (FA ou TV) a desfibrilação dever ser tentada de imediato entre 120 J e 200 J;
- Após o choque, retoma-se a RCP por 2 minutos, ou seja, 5 ciclos de 30:2;

- Se o ritmo não for desfibrilável o choque não é indicado, mas a continuação da massagem cardíaca e ventilação deverão ser continuadas;
- Administrar medicações conforme a solicitação do médico;
- DOSE EV/IO de Epinefrina: 01mg a cada 3 a 5 minutos (após administração injetar 10 ml de água destilada na mesma via EV);
- DOSE EV/IO de Amiodarona: Primeira dose – 300mg 100 ML 30 min.;
- Segunda dose – 900mg em 24h diluição e vazão (ml/h) ACM;
- Após preparo das medicações, deve ser guardados frascos e/ou ampolas para que após o procedi- mento forem prescritos pelo médico no prontuário do paciente;
- O tempo de PCR e RCP devem ser marcados rigorosamente;
- No caso de RCP com sucesso e necessidade de intubação orotraqueal, o material para intubação (TOT com cuff testado e fio guia) deverá estar preparado e ser entregue montado e testado para o médico que irá intubar assim que solicitado;
- A monitorização cardíaca deverá ser avaliada constantemente;
- Aspirar secreções se necessário e abrir sonda nasogástrica especialmente se houver conteúdo gástrico;
- Auxiliar o médico no procedimento de intubação, conforme rotina de auxílio;
- Testar o posicionamento do tubo endotraqueal através da insuflação manual (ambú) dos pulmões, observando a expansão torácica enquanto o outro elemento segura o tubo endotraqueal;
- Insuflar o cuff da cânula endotraqueal com auxilia de uma seringa;
- Fixar a cânula endotraqueal com cadarço de acordo com a técnica correta;
- Observar respiração, coloração das mucosas e extremidades;
- Observar periodicamente as pupilas;
- Instalar o respirador mecânico se necessário, após término da intubação;
- Colher gasometria para avaliação dos parâmetros respiratórios, de preferência, antes de instalar o respirador
- Manter paciente aquecido e deixa-lo em ordem e confortável;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente, horário da parada, tempo de reanimação e intercorrências;
- Recolher o material e deixar o carro de urgência em ordem e checar para pronto uso;
- Providenciar para que seja passada uma sonda vesical de demora em uma SNG, caso o paciente necessite e ainda não tenha;

- Manter o controle SSVV de modo rigoroso e contínuo ate que ocorra estabilização do quadro clínico;
- Preparar a Administrar medicações conforme prescrição médica pós – PCR;
- Manter avaliação cardiorrespiratória e neurológica contínua;
- Anotar no prontuário.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

N/A.

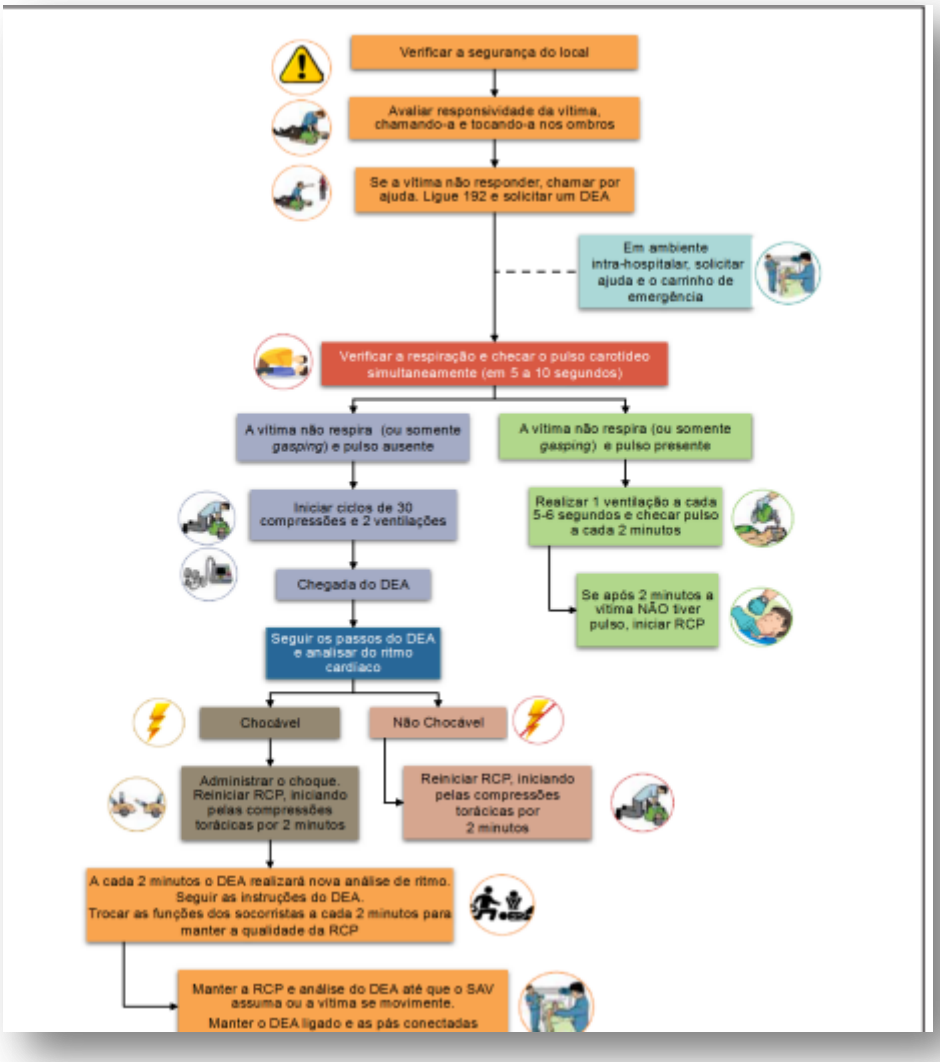
Responsável(is)

- 01 Coordenador (Médico);
- 01 Fisioterapeuta (VM E Massagem);
- 01 Enfermeiro (Coordenar Equipe De Enfermagem E Massagem);
- 01 Técnico De Enfermagem (Preparo De Drogas E Suporte);
- 01 Técnico De Enfermagem (Administrar Medicação E Marcar Tempo).

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.44-1 - Fluxo de Reanimação Cardíaca



13.3.45. Protocolo de Processo de Esterilização de Instrumentais e Materiais para Uso Hospitalar

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAIS E MATERIAIS PARA USO HOSPITALAR	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Oferecer segurança na esterilização dos instrumentais e materiais hospitalares.

Aplicabilidade

CME - Central de material e esterilização.

Siglas, Termos e Definições

- B&D - TESTE BOWIE & DICK;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Impresso de registro dos testes;
- Livro de registro de materiais/instrumentais da autoclave;
- Uso de EPI´s: luva;
- Registro de materiais/instrumentais retirados da autoclave

Descrição do Procedimento

- Colocar teste químico/ biológico nas autoclaves
    - Colocar teste B&D na primeira carga do dia, em seguida colocar um teste desafio (contendo ampola teste biológico e indicador químico);
- Recebimento de materiais/ instrumentais da área do preparo
    - Receber o material ou instrumental proveniente do preparo.
    - Anotar os materiais que serão colocados na autoclave;
- Preparo das autoclaves
    - Não apertar muito os pacotes para ajudar na penetração do vapor.
    - Dispor os pacotes de modo vertical para facilitar a entrada e a circulação de vapor, bem como a eliminação do ar.
    - Manter um espaçamento mínimo entre os pacotes e entre os pacotes e as paredes da câmara.
    - Utilizar apenas 80% da capacidade da câmara do equipamento.

- Colocar os testes (químico, biológico) de acordo com a carga e protocolo.
- Seguir as normas de funcionamento do equipamento.
- As caixas de instrumental cirúrgico devem ser de material compatível com o processo de esterilização e possuir perfurações em todos os lados (exceto contêineres).
- Artigos em aço inoxidável como jarros, bacias... que apresentam concavidade, devem ser colocados com a abertura para baixo.
- Recomenda-se colocar os pequenos pacotes em cestos aramados para evitar quedas.
- Separar as cargas de materiais têxteis e caixas de instrumentais (ciclos diferentes).
- Utilizar toalhas absorventes dentro das caixas/bandejas de instrumentais para auxiliar na absorção da umidade, (facilita a secagem no final do ciclo).

- Observar os materiais/instrumentais após abertura da autoclave
  - Os pacotes, após ciclo completo, devem ser resfriados naturalmente antes do manuseio para reduzir o risco de obtenção de pacote molhado.
  - Não deve colocar os pacotes sobre superfícies frias após a esterilização para que não haja condensação.
  - Limpar a câmara interna do equipamento no mínimo semanalmente, conforme recomendação do fabricante.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

N/A.

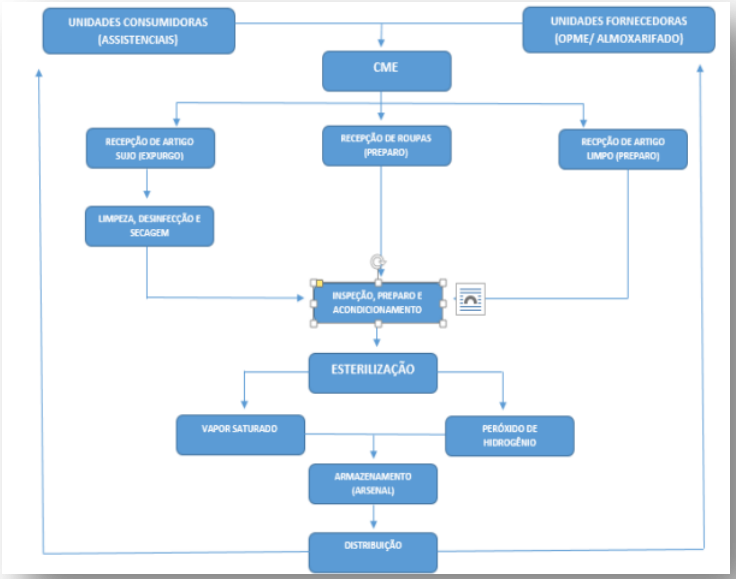
Responsável(is)

Técnico de Enfermagem; Supervisão do Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.45-1 - Fluxo de Esterilização de Material Hospitalar



13.3.46. Protocolo de Processo de Esterilização e Liberação de Implantáveis

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO E LIBERAÇÃO DE IMPLANTÁVEIS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Promover um processo de esterilização eficiente utilizando métodos de monitoramento capazes de garantir a qualidade de todo processo e proporcionando maior segurança a nossa clientela, minimizando risco de infecção hospitalar, otimizando recursos físicos e financeiros.

Aplicabilidade

Central de material e esterilização – CME.

Siglas, Termos e Definições

- CME – Centro de Material e Esterilização;
- EPI's – Equipamento de proteção Individual
- IQ - Indicador quimico classe 5
- IB - Indicador biológico
- PCD - Pacote teste desafio
- SMS - Spunbonded/Meltblown/Spunbonded (NÃO TECIDO, KC)
- CCIH – Comissão de controle de infecção hospitalar;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- EPI's:luvas e mascara;
- Integrador químico classe 5;
- Invólucro para envolver;
- Fita adesiva;
- Fita adesiva para autoclave;
- Livro de protocolo para entrada de material na autoclave
- Cestos para colocação de material;
- Cavalos para autoclave;
- PCD contendo IB e IQ;
- EPI's: luvas grossas de tecido, máscara e protetor auricular;
- Caderno saída de material da autoclave;
- Formulário de controle de cargas subseqüentes;
- Formulário padronizado para liberação prematura de implantáveis;

Descrição do Procedimento

- Preparo da caixa consignada de implantável da ortopedia
- Colocar EPI's
- Com a caixa limpa e seca repor material necessário;
- Dispor um integrador químico classe 5 no centro da caixa, nas grandes colocar um integrador em cada extremidade e se tiver mais de um andar colocar IQ em cada um deles;

- Envolver caixa com invólucro SMS condizente com o peso da caixa. Se utilizar tecido envolver com dois campos. Lacrar com fita adesiva;
- Identificar na fita adesiva para autoclave nome da caixa, data de preparo, data de vencimento, assinar.
- Colocação do material na autoclave
    - Registrar em caderno de entrada de material em autoclave especificando nome da caixa, data e hora e quem colocou a caixa;
    - Carregar a autoclave nunca excedendo 80% da sua capacidade;
    - Dispor o pacote teste desafio contendo indicador biológico e integrador químico classe 5 na prateleira inferior acima do dreno em posição horizontal.
- Esterilização/ Reesterelização do material
    - Fechar porta da autoclave;
    - Programar autoclave com ciclo apropriado ao material;
    - Aguardar fim de ciclo.

Obs.: Manipular autoclave utilizando luvas apropriadas resistentes ao calor.

- Retirar material da autoclave
    - Ao final do ciclo abrir porta da autoclave do lado limpo;
    - Aguardar de 15 a 30min para carga esfriar e descarregar autoclave;
    - Encaminhar PCD para enfermeiro de o plantão ativar IB e registrar IQ;
    - Aguardar resultado IB para utilizar ou armazenar material;
    - Caso IB ou IQ não apresentem resultados aceitos encaminhar todo material para reesterilização (pois caso os resultados dos testes não sejam satisfatórios o material voltará para o início do processo).
- Liberação de material sem resultado IB concluído
    - Em casos de urgência/emergência o material poderá ser liberado desde que o resultado do IQ seja satisfatório/aceito, nesses casos será preenchido um formulário em três vias descrevendo a situação constando assinatura da enfª CME, cirurgião e CCIH.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

N/A.

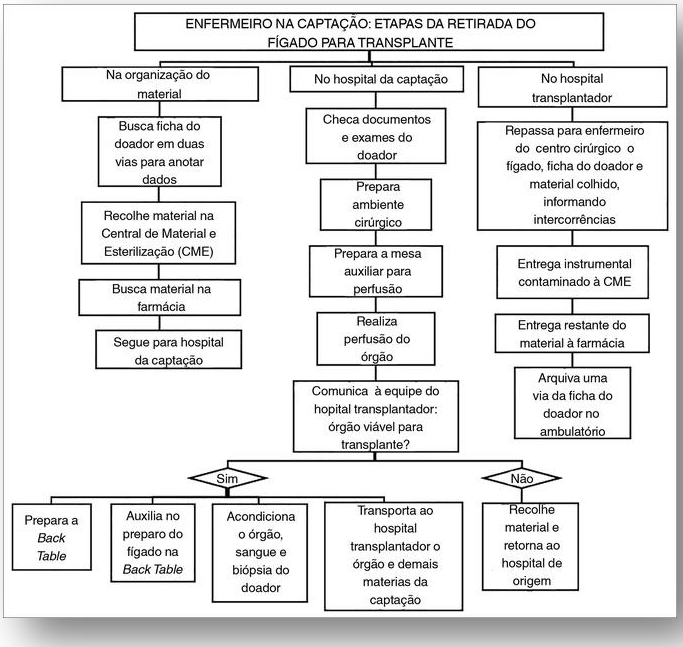
Responsável(is)

Técnico Instrumentador Síntese; Enfermeiro CME.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.46-1 - Fluxo de Esterilização de Material de Implante



13.3.47. Protocolo de Administração de Medicamentos Intramuscular

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Definir que a administração via intramuscular (IM) permite que você injete o medicamento diretamente no músculo em graus de profundidade variados. É usada para administrar suspensões aquosas e soluções oleosas, garantindo sua absorção em longo prazo. Toda medicação por via intramuscular deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica.

Aplicabilidade

Todos os setores.

Siglas, Termos e Definições

- IM - Intramuscular;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Seringa de 3 ml ou 5 ml;
- 01 Agulha 40/12 para aspiração;
- 01 agulha 25/8 ou 30/8 para administração;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool;
- Medicação a ser aspirada.

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:

- 01 par de luvas de procedimento;
- Seringa de 3 ou 5 ml;
- Agulha para aspiração da medicação 40/12;
- Agulha para administração 25/8 ou 30/8;
  Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

- Preparar o medicamento;
- Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Deixar o paciente/cliente em posição confortável, escolher o local para aplicação, se possível permitir que o paciente/cliente faça a escolha com você, deixe a área de aplicação relaxa;
- Fazer a antissepsia do local com álcool a 70%;
- Com a sua mão dominante, segure firmemente o músculo para aplicação da injeção;
- Realizar aplicação no músculo sempre com o bisel lateralizado, introduzir a agulha em um ângulo de 90º;
- Realizar aspiração, sendo recomendado após a introdução da agulha, certificando-se que não houve punção do vaso sanguíneo. Caso tenha ocorrido, deve ser interrompida a aplicação, desprezando o medicamento, e novamente preparando e aplicando;
- Realizar a aplicação do medicamento após a aspiração local;
- Introduzir lentamente o medicamento, observando possíveis reações locais e gerais do paciente;
- Pegar o algodão embebido em álcool e colocá-lo na pele acima da agulha;
- Retirar a agulha segurando pelo canhão com um movimento rápido e único;
- Fazer ligeira compressão no local com algodão;
- Retire as luvas de procedimento;
- Descarte o material, seguindo as precauções padrão;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Proceda à anotação de enfermagem, descrevendo o local da aplicação, para se fazer rodízio na próxima aplicação, constando a assinatura e identificação profissional.

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

- O profissional deverá realizar uma avaliação da área a ser administrada, estando atento quanto a quantidade a ser administrada em cada músculo (Deltoide volume máximo de 2 ml, região glútea e o vasto lateral da coxa até 5 ml) esse volume dependerá da massa muscular do cliente;
- A via de 1° escolha é o vasto lateral, depois glúteo e por fim deltoide, exceto em vacinas;
- Realizar plano de rodízio do local de administração IM.

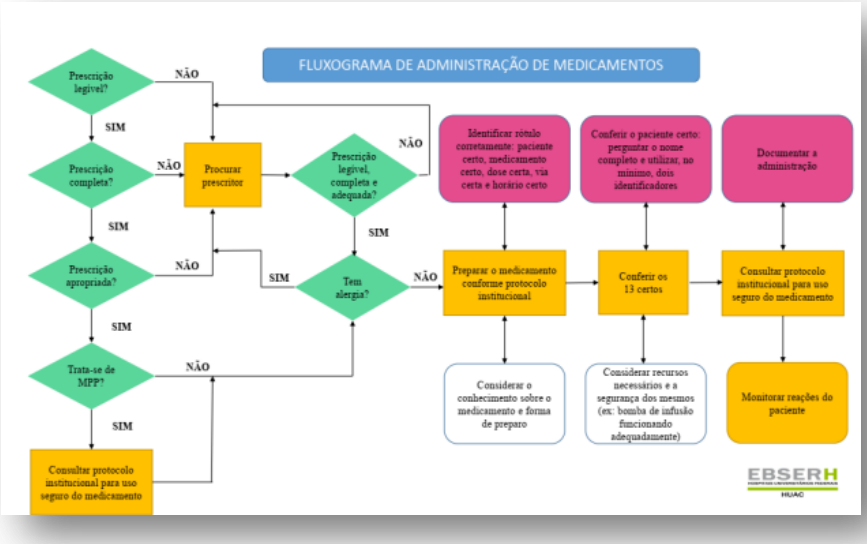
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.47-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos IM



13.3.48. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Endovenosa

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Toda medicação por via endovenosa deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica. A administração endovenosa ou intravenosa é efetuada introduzindo-se o medicamento diretamente por uma veia, na corrente sanguínea. São indicados para punções periféricas. Podem permanecer na veia por até 72 horas.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

Siglas, termos e Definições

- VE - Via Endovenosa;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Seringa de acordo com o volume;
- Agulhas;
- Algodão com álcool 70%;
- Fita crepe;
- Bandeja;
- Garrote;
- Luvas de procedimento;
- Esparadrapo o micropore (para nova punção venosa s/n);
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento.

Descrição do Procedimento

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Realizar os 9 certos:
    - Paciente certos;
    - Droga certa;
    - Via certa;
    - Dose certa;
    - Horário certa;
    - Registro certo,
    - Ação da droga;
    - Forma,
    - Resposta;
- Preparar a medicação conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;
- Anotar nome, horário, leito, e dosagem, em uma fita adesiva e colar na seringa;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Colocar a bandeja na mesa do paciente;
- Garrote;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e a ação do medicamento, quando for a primeira vez que o paciente faz uso;
- Calçar as luvas
- Observar se o acesso venoso não está obstruído, ou com sinais de infecção;
- Administrar lentamente a medicação;
- Observar as reações do paciente e reação do local da aplicação;
- Salinizar o acesso venoso;
- Fechar o sistema;
- Deixar o paciente em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- Supervisionar o procedimento;
-

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

- Após a administração de a medicação fechar o sistema com o adaptador estéril ou utilizar o mesmo se este não estiver contaminado.
- A troca do extensor e torneirinha ocorrerá a cada 72 horas.
- Após o banho a fixação do acesso venoso deverá ser trocada realizando-se a antissepsia do local com algodão e álcool a 70%. Esta medida é extremamente necessária para evitar que a cola da fixação juntamente com a unidade não propicie um meio favorável ao desenvolvimento de microrganismos patógenos e a consequente infecção local.
- Nesta oportunidade deve-se observar o acesso venoso e possíveis sinais flogísticos (dor, calor, rubor).
- Toda a medicação ao ser administrada via endovenosa, deverá ser diluída conforme tabela de diluições de medicamentos.

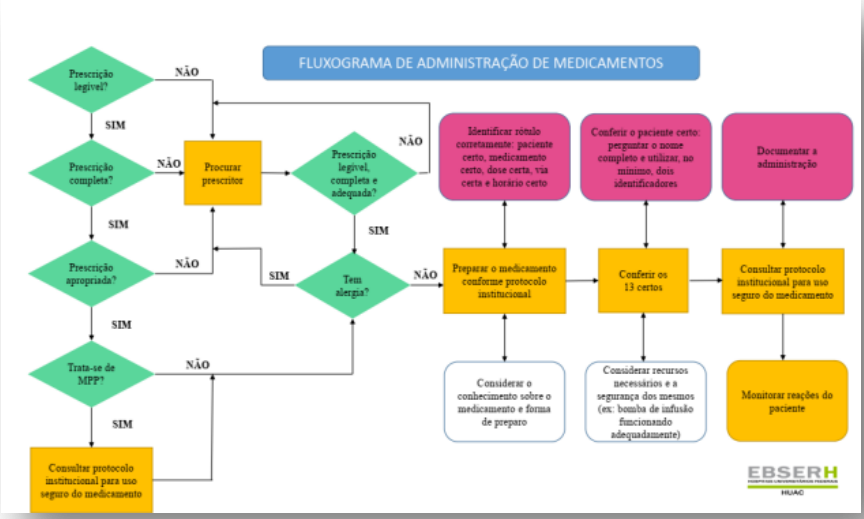
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.48-1 - Fluxo de Adm de Medicamentos EV



13.3.49. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Intradérmica

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Administrar testes cutâneo de alergia ou prova tuberculínica;
- A administração de medicação por intradérmica (ID) de medicações é empregada, sobretudo para fins diagnósticos, quando se testam alergias ou reação para tuberculose;
- Essa via resulta em pouca absorção sistêmica produz efeito principalmente local.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

Siglas, Termos e Definições

- ID – Intradérmica;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- 01 Seringa de 1ml;
- 02 Agulhas 1,20x25 (18G), 10x5 ou 13x4,5 uma para aspirar e outra para administrar;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool;
- Medicação a ser aspirada.

Descrição do Procedimento

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos
- Medicação certa,
    - Paciente certo,
    - Dose certa,
    - Via certa,
    - Horário certo,
    - Registro certo,
    - Ação certa,
    - Forma farmacêutica certa,
    - Monitoramento certo;
- Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:
    - 01 par de luvas de procedimento;
    - Seringa de 1ml = 100UI;
    - Agulha para aspiração da medicação 13/4,5 ou 13/4,0;
    - Bolas de algodão;
    - Álcool a 70% - para fazer a assepsia da bandeja.
- Preparar o medicamento;
- Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;
- Higienizar o local com água e sabão neutro;

- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher local de fácil visualização, como a região anterior do antebraço, livre de vasos sanguíneos. Para testes de alergia pode ser utilizada a região dorsal;
- Realizar aplicação no ângulo de 10 a 15º, introduza em torno de 3 mm da agulha, não realize aspiração, aplique o medicamento de forma lenta e suave, observando a formação da pápula;
- Caso seja um teste, faça uma demarcação da área para futura avaliação;
- Descarte o material, seguindo a precaução padrão;
- Higienizar as mãos
- Proceder à anotação de enfermagem constando assinatura e identificação profissional.
- Cabe ao enfermeiro responsável pelo posto supervisionar a preparação e a administração da medi- cação.

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

- A antissepsia com álcool a 70% foi abolida neste procedimento para evitar possíveis reações alérgicas entre o antisséptico e o produto injetado, assim como o mascaramento da reação esperada nos testes de sensibilidade;
- Não se faz também a aspiração, pois, na derme, não há risco de se atingir algum vaso sanguíneo;
- Observar o paciente por alguns minutos após a aplicação quando o teste for de sensibilidade;
- Ao realizar a técnica de aplicação, deve-se certificar de não injetar o medicamento profundo, evitando iatrogenia na administração ID. O máximo de volume indicado para essa via é de 0,1 até 0,5 ml.

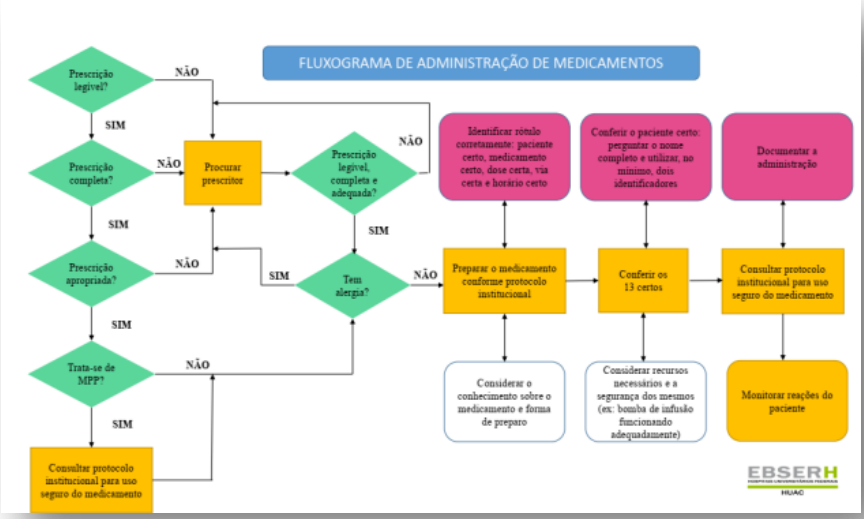
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.49-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos Intradérmico



13.3.50. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Nasal

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

- Padronizar condutas relacionadas a toda medicação por via nasal deve ser administrada instilando a solução na mucosa nasal mediante e de acordo com prescrição médica.
- Melhorar a segurança do paciente minimizando eventos adversos na administração de medicamentos.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- VN - Via Nasal;
- N/A - Não se aplica.

Material Utilizado

- Medicação prescrita (frasco conta-gotas);
- Gazes;
- Bandeja;
- Luva de procedimento.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Checar os 9 certos para administração de medicamentos:
    - Medicação certa,
    - Paciente certo,
    - Dose certa,
    - Via certa,
    - Horário certo,
    - Registro certo,
    - Ação certa,
    - Forma farmacêutica certa,
    - Monitoramento certo;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Abrir o frasco de medicação e aspirar o conteúdo necessário;
- Segurar o conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Instilar diretamente no fundo da cavidade nasal;
- Limpar o excesso de medicamento com gaze;
- Solicitar ao paciente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal;
- Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;

- Recolocar o conta-gotas no frasco;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Comunicar ao enfermeiro;
- Aspectos relacionados à recusa, reações do paciente, dor, presença de secreção, sangramento etc.;
- Realizar a dupla checagem, sendo, uma na prescrição médica e a outra registrando a anotação;
- Supervisionar o procedimento

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o servidor, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

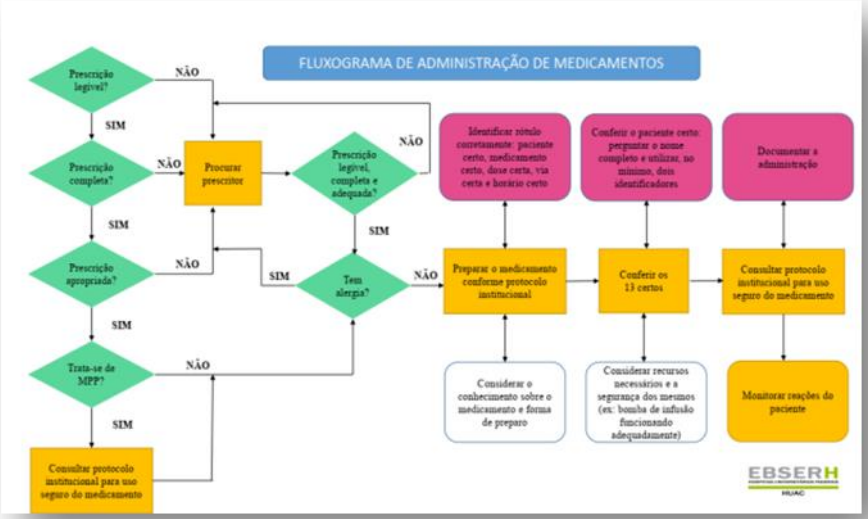
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.50-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos Via Nasal



13.3.51. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Ocular

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Toda medicação por via ocular deve ser administrada no saco conjuntival mediante e de acordo com prescrição médica.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- Via Ocular;

- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Medicação prescrita (frasco com conta-gotas), tubos com cremes ou pomadas;
- Gazes;
- Algodão para higiene;
- Luvas de procedimento;
- Soro Fisiológico s/n (para limpeza prévia).

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome, leito e dosagem da medicação;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos:
    - Medicação certa,
    - Paciente certo,
    - Dose certa,
    - Via certa,
    - Horário certo,
    - Registro certo,
    - Ação certa,
    - Forma farmacêutica certa,
    - Monitoramento certo;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente ou ao acompanhante;
- Oferecer a gaze ao paciente;
- Colocar o paciente deitado ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Realizar higiene ocular, com algodão embebido em soro, das pálpebras e dos cílios s/n, utilizando luva de procedimento;
- Exponha a conjuntiva inferior, abaixando a pálpebra e exercendo força para baixo com gazes;
- Solicitar ao paciente que olhe para cima;
- Instilar o medicamento no centro do saco conjuntivo;

- Solicitar ao paciente que feche as pálpebras e mova os olhos, permitindo a dispersão do medicamento pelas superfícies conjuntivas;
- Enxugar o excesso do medicamento com gazes, de dentro para fora;
- Fechar o frasco de medicamento;
- Observar as reações do paciente;
- Deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;
- Supervisionar os procedimentos;

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

- As luvas de procedimento deverão ser usadas para proteção do servidor avaliando-se a necessidade frente à presença de secreção ocular ou processo infeccioso;
- No caso de aplicação de pomadas ou cremes depositá-los ao longo da extensão do saco conjuntiva;
- Lembre-se sempre de evitar o risco de contaminação do conta-gotas ou bico do tubo da pomada na mucosa ocular.

Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.51-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos Via Ocular

13.3.52. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Oral

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Toda medicação por via oral deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica e consentimento do paciente.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- VO - Via Oral;

- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Medicação prescrita;
- Copinho ou seringa (criança);
- Bandeja;
- Fita crepe;
- Luva de procedimento (se necessário);

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos:
    - Medicação certa,
    - Paciente certo,
    - Dose certa,
    - Via certa,
    - Horário certo,
    - Registro certo,
    - Ação certa,
    - Forma farmacêutica certa,
    - Monitoramento certo;
- Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome, leito e dosagem da medicação;
- Anotar em uma fita adesiva, o nome, leito, dosagem e horário da medicação;
- Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Observar as condições de deglutição do medicamento e colocar o paciente em posição favorável;
- Drágeas ou cápsulas: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção, Medicamento sublingual: pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo, Medicamento bucal (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa;

- Administrar a medicação sem tocá-la diretamente comas mãos, oferecendo água, em casos de criança e medicação em solução administrar com seringa empurrando o êmbolo vagarosamente;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja deglutida;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;
- Supervisionar o procedimento;

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

Paciente em uso de SNG, a mesma deverá ser testada antes da administração do medicamento.

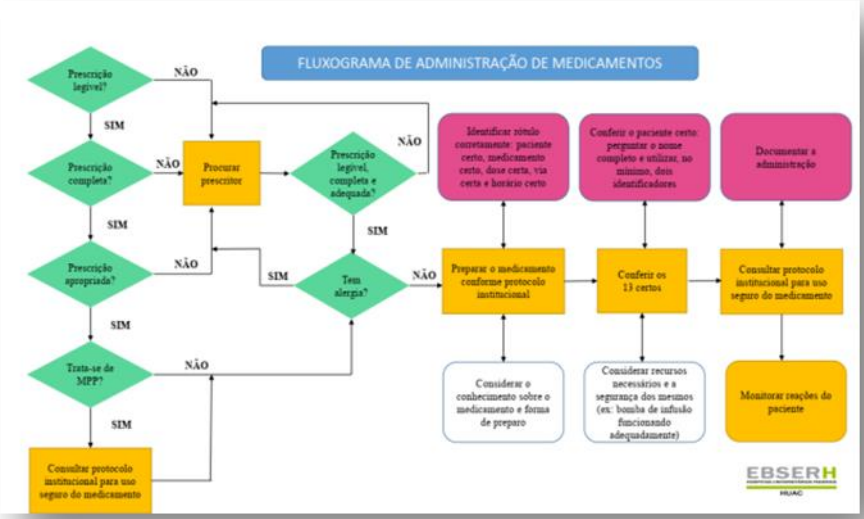
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.52-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos Via Oral



13.3.53. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Subcutânea

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Toda medicação por via subcutânea deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição Médica.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- VS - Via Subcutânea;

- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Agulha 13 x 4.5 e 40x 12;
- Seringa;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Medicação prescrita;
- Bandeja;
- Fita crepe e luva de procedimento.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos:
    - Medicação certa,
    - Paciente certo,
    - Dose certa,
    - Via certa,
    - Horário certo,
    - Registro certo,
    - Ação certa,
    - Forma farmacêutica certa,
    - Monitoramento certo;
- Preparar o medicamento conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;
- Anote em uma fita adesiva o nome do paciente, número do leito, dosagem, e horário, na seringa de medicamento;
- Levar a medicação até o quarto do paciente dentro de uma bandeja;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao seu acompanhante
- Escolher o local de aplicação e colocar o paciente em posição adequada
- Colocar a luva de procedimento;
- Fazer a antissepsia da pele;
- Com o polegar e indicador, fazer uma prega cutânea e introduzir rapidamente a agulha em um ângulo de 90º em relação à pele;
- Aspirar para verificar se não atingiu nenhum vaso sanguíneo;

- Injetar o líquido;
- Retirar a agulha num movimento único e pressionar o local com algodão;
- Deixar o paciente e o quarto em ordem;
- Desprezar a agulha e a seringa no coletor de material perfuro - cortante;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- Supervisionar o procedimento

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

N/A.

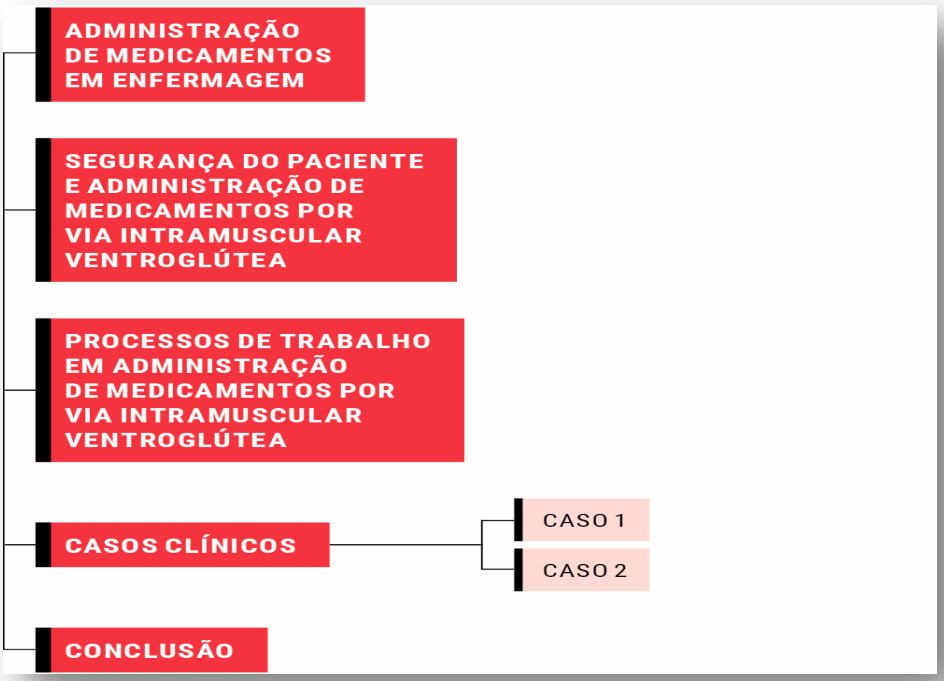
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.53-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos Subcutâneo



13.3.54. Protocolo de Administração de Medicamentos Via Sublingual

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Toda a medicação por via sublingual deve ser administrada sob a língua mediante e de acordo com a prescrição médica.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- VS - Via Sublingual;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Medicação prescrita;
- Copo pequeno descartável;
- Fita adesiva;
- Bandeja;
- Agulha 40x12 s/n;
- Luvas de procedimento s/n.

Descrição do Procedimento

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos:
    - Medicação certa,
    - Paciente certo,
    - Dose certa,
    - Via certa,
    - Horário certo,
    - Registro certo,
    - Ação certa,
    - Forma farmacêutica certa,
    - Monitoramento certo;
- Anotar em uma fita adesiva, o nome, leito, dosagem e horário da medicação;
- Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Colocar a medicação debaixo da língua do paciente;
- Orientar o paciente para que não engula a medicação;
- Observar as reações da medicação;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja dissolvida;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e anotando qualquer intercorrência;

- Supervisionar o procedimento.

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o servidor, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

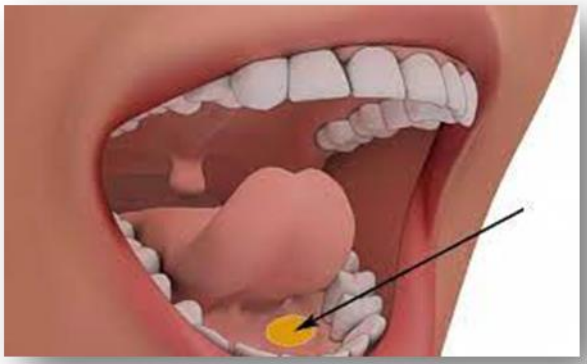
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(S)

N/A.

Figura 13.3.54-1 - Fluxo de Adm. de Medicamentos Sub Lingual



13.3.55. Protocolo de Coleta de Amostra Sanguínea para Hemotransfusão

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COLETA DE AMOSTRA SANGUÍNEA PARA HEMOTRANSFUSÃO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Normatizar o processo de coleta de amostra sanguínea para os testes pré- transfusionais dentro da instituição.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- RT – Requisição Transfusional;
- AT – Agência transfusional;
- EPI – Equipamentos de Proteção Individual;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- RT, prontuário do paciente;
- EPI;
- Tubo vacutainer, etiqueta;
- Frasqueira termorresistente;
- Prontuário do paciente;
- Caderno de protocolo;
- RT/Tubo com amostra sanguínea.

Descrição do Procedimento

- A Requisição transfusional deverá conter informações suficientes para a correta identificação do receptor, escrita legível, sem rasuras e abreviações;
- Verificar se o sangue está prescrito no prontuário do paciente antes de iniciar a coleta da amostra sanguínea (rotina e urgência) caso não esteja prescrito repassar caso para enfermeiro do setor para providenciar correção;
- Identificar o paciente corretamente;
- Realizar orientações sobre o procedimento;
- Fazer uso de luvas, gorro, máscara, óculos de proteção, e jaleco de manga longa para coletar a amostra por se tratar de manuseio com material infecto-contaminante, conforme as normas de bios- segurança;
- Utilizar os tubos Vacutainer Tampa Roxa disponível em todos os setores para este fim, apenas uma amostra é suficiente para pedidos comuns. Pedido de fenotipagem coletar 2 amostras;
- Identificar o paciente de maneira correta, confrontar os dados informados pelo paciente com os dados da RT e prontuário afim de evitar erros de troca de paciente;
- Identificar o tubo da amostra sanguínea no momento da coleta, de preferência ao lado do leito do paciente, utilizar a etiqueta específica; anotar na etiqueta nome completo do paciente, data de nasci- mento, data da coleta e nome do responsável pela coleta;
- Coletar de 03 a 04 ml de sangue e introduzir no tubo.
- Acondicionar os tubos e transportar dentro de frasqueira termorresistentes;
- Encaminhar a amostra devidamente identificada à Agência Transfusional junto com Requisição Transfusional (RT);
- Todo o procedimento deve ser registrado no prontuário do paciente, conforme determinação do código de ética de enfermagem;
- Protocolar a entrega da amostra juntamente com a RT à Agência transfusional para controle do ser- viço responsável;
- O horário de recebimento da amostra dependerá do tipo de atendimento:
    - Urgência e Emergência - a qualquer momento; Rotina e Reserva.

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

N/A.

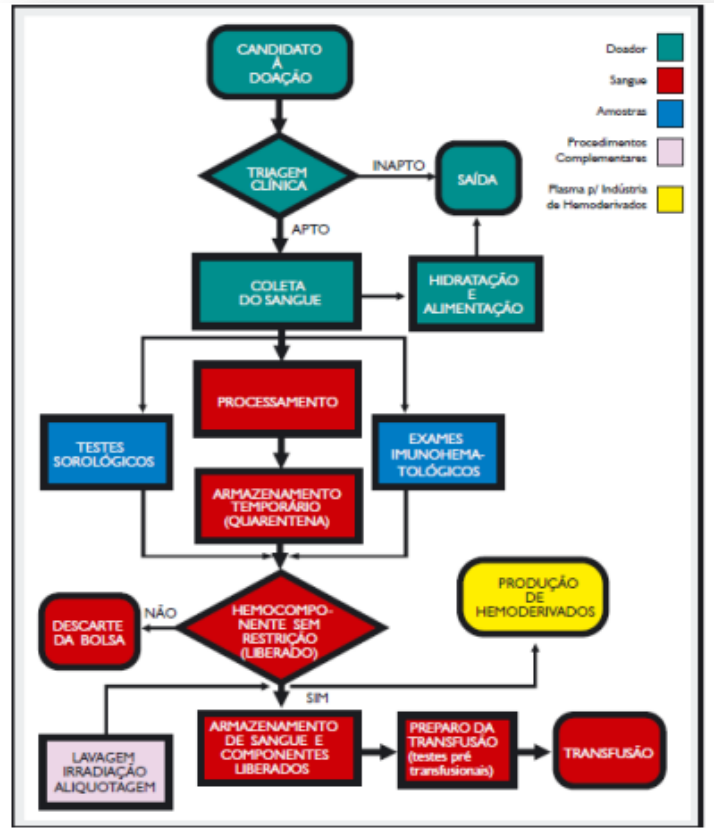
Responsável(is)

Técnico Transfusional, Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.55-1 - Fluxo de Hemotransfusão



13.3.56. Protocolo de Notificação de Reação Transfusional

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Padronizar o processo de notificação de reações transfusionais.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

Siglas, Termos e Definições

- •ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- •NOTIVISA - Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária;
- •NSP - Núcleo de Segurança do Paciente;
- •N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Fichas de Notificação (Hemocentro);
- Amostra sanguínea e bolsa de hemocomponente;
- Fichas de Notificação (Gerencia de Risco);

Descrição do Procedimento

- Sempre que houver reação adversa a transfusão de sangue, deverá ser preenchido o formulário de notificação do Hemocentro, detalhando a reação ocorrida com paciente;
- A partir da ocorrência do evento preencher a ficha de notificação com a maior quantidade de informação sobre o evento;

- Deverá ser encaminhada para a A.T a Ficha de Notificação preenchida, com nova amostra sanguínea do paciente e quando possível a bolsa de hemocomponentes + equipo para análise;
- Agência Transfusional encaminha a cópia da Notificação à Terapia Transfusional após a análise microbiológica;
- A Terapia Transfusional preenche e encaminha ao núcleo de segurança do paciente o formulário de Notificação de Reação Transfusional próprio desse setor;
- Levantar dados complementares junto ao setor de ocorrência do evento adverso (prontuário) a fim de identificar dados necessários para notificação no Notivisa;
- Mensalmente consolidar os dados através dos formulários de notificação e realizar o cálculo da frequência de eventos adversos;

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

N/A.

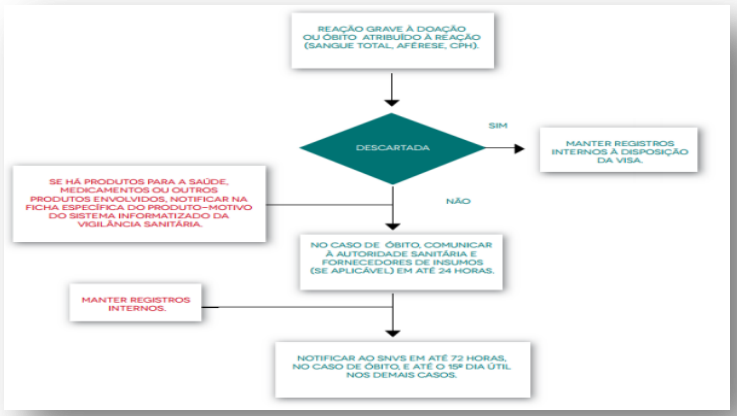
Responsável(is)

Enfermeiro, Técnico Transfusional, Médico, Agência transfusional, Terapia transfusional, Núcleo de Segurança do Paciente.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.56-1 - Fluxo de Notificação de Transfusão



13.3.57. Protocolo de Punção Venosa

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PUNÇÃO VENOSA	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

A introdução de um cateter intravenoso em um vaso periférico, por meio de punção percutânea. Deverá ser trocada a cada 72 h ou na presença de sinais flogísticos e/ ou infecção.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

- AVP - Acesso Venoso Periférico;
- AC - Acesso Central;
- SF 0,9% - Solução Fisiológica 0.9%;

- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Cateter venoso (nº de acordo com o paciente): escalpe (Butterfly) ou cateter radiopaco(Abocath /Jelco);
- Algodão embebido em álcool a 70%;
- Dispositivo para mais de uma conexão de equipo (Polifix);
- Equipo;
- Garrote;
- Seringa com SF 0,9% ou solução prescrita;
- Esparadrapo ou micropore;
- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Tala ou atadura para imobilização (se necessário).

Descrição do Procedimento

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e finalidade;
- Em caso de soroterapia:
    - Preencher o rótulo com o nome do paciente, n° do leito, volume da solução, tempo de gotejamento ou n° de gotas e o nome do profissional responsável pelo preparo, com caneta de cor adequada ao turno de trabalho; Preencher o equipo e a conexão de duas vias com a solução para a retirada do ar e pinçar;
    - Aproximar o suporte de soro ao lado da cama do paciente, preferencialmente do lado a ser puncionado;
- Reunir a solução e o restante do material em uma bandeja e levar próximo ao leito;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher a veia através da palpação e inspeção do trajeto da mesma (dê preferência a dos MMSS, evitando as dobras cutâneas);
- Fixar o garrote acima da região escolhida;
- Solicitar que o paciente feche a mão;
- Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%.;

- Puncionar a veia aproximadamente 1 cm abaixo do local onde a mesma deverá ser alcançada e com um ângulo de 15º entre a seringa e o local;
- Retirar o garrote e observar o retorno de sangue;
- Solicitar que o paciente abra a mão;
- Colocar o dispositivo para conexão de mais de um equipo de soro;
- Injetar SF 0,9% ou instalar solução prescrita;
- Fixar com esparadrapo ou micropore o cateter intravenoso, datar e assinar ou retira-lo caso seja uma aplicação única;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

- A utilização do Polifix deverá se restringir apenas aos pacientes que possuírem prescrição médica de medicamentos a serem administrados por via endovenosa;
- Na punção venosa em RN, lactentes e crianças utilizar talas protegidas para imobilização do membro puncionado;
- Não infundir soluções causadoras de flebite, em acessos periféricos (concentrações altas de potássio, glicose hipertônica a 50% em grandes quantidades, etc.);
- Todo soro veiculado por equipo ou bureta (microfix) deverá ser identificado e a troca do sistema deverá ocorrer a cada 72 horas;
- Todo soro instalado deverá ser identificado com o nome do paciente, volume do soro e seus componentes, data de instalação, hora de início, nome de quem preparou, número do leito e velocidade de gotejamento;
- Só administrar infusões límpidas, sem turvações;
- Equipo para Hemoderivados deverá ser especial (filtro) e desprezado após o uso;
- Contra indicações para punção venosa relacionadas ao local de mastectomia, fístula arteriovenosa, linfo edema, déficit motor e sensitivo, locais com leses cutâneas.

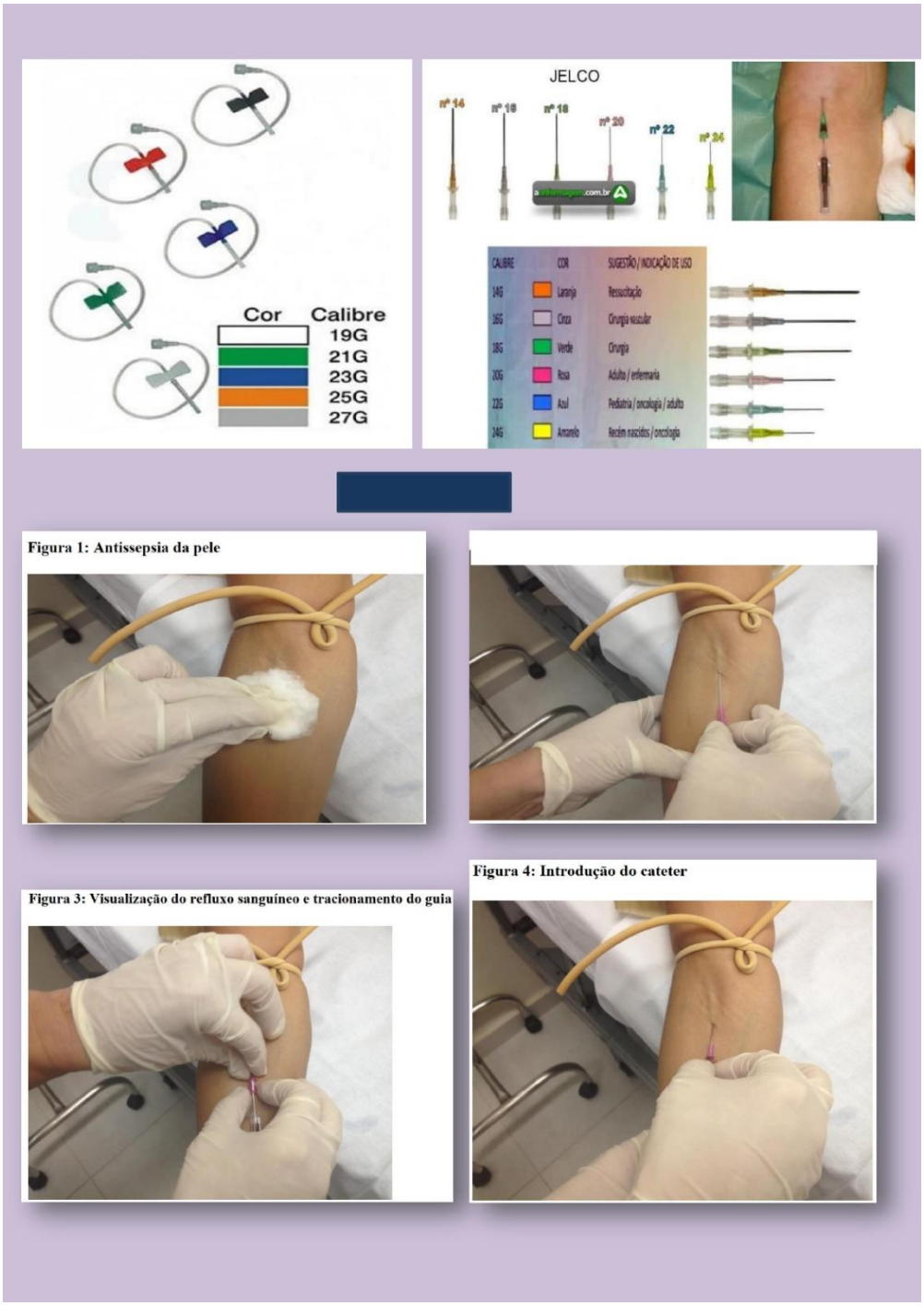
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.57-1 - Fluxo de Punção Venosa



13.3.58. Protocolo de Transfusão de Hemocomponetes e Hemoderivados

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONETES E HEMODERIVADOS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Estabelecer a padronização da transfusão de hemocomponentes e hemoderivados dentro da instituição.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

Siglas, Termos e Definições

- Hemocomponente - São produtos obtidos a partir do sangue total por meio de processos físicos (Centrifugação), (Plasma, plaquetas, concentrado de hemácias, crio precipitado);
- Hemoderivados - São produtos obtidos a partir do plasma por meio de processo físico – químicos, geralmente, produzidos em escala industrial (Fatores de coagulação, albumina, gamaglobulina);
- RT - Requisição Transfusional;
- EPI - Equipamentos de Proteção Individual;
- OS - Pronto Socorro;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Prontuário/ SAE;
- Requisição transfusional (RT);
- Jelco, álcool, esparadrapo, algodão, EPI´s;

- Bolsa de sangue/
- Requisição transfusional (RT);
- Prontuário e ficha de reações;
- Prontuário;
- Prontuário/ bolsa de sangue.

Descrição do Procedimento

- Antes do início da hemotransfusão;
- A cada 10 minutos na primeira meia hora;
- 10 minutos após o término da hemotransfusão;
- Registrar em prontuário/SAE o horário de início, local da punção, calibre do jelco, número da bolsa, tipo sanguíneo e término da hemotransfusão;
- Conferir a RT, o tipo de solicitação, se for urgência ou rotina conferir se o hemocomponete está prescrito em prontuário. Reserva de sangue para a cirurgia seguir POP de reserva de hemocomponentes para cirurgia;
- Realizar punção venosa com jelco calibroso para transfusão. O Acesso deverá ser exclusivo, nenhum medicamento pode ser adicionado à bolsa do hemocomponente, e nem infundido em paralelo (na mesma linha venosa) durante a hemotransfusão;
- Ao finalizar o preparo da bolsa de sangue a A.T comunica ao setor solicitante que o hemocomponete está pronto;
- O Técnico Transfusional encaminha o hemocomponente à Unidade, faz a entrega conferindo os dados da bolsa e do paciente junto ao Enfermeiro do setor;
- Utilizar equipo próprio para transfusão de sangue e hemoderivados;
- Concentrado de hemácias e plasma- 01 equipo para cada bolsa;
- Plaquetas comuns- poderá ser infundido até 07 plaquetas em um único equipo;
- Plaquetas aférese - 01 equipo para cada bolsa;
- Hemoderivados: Realizar a infusão de acordo com a instrução do fabricante;
- Após iniciar a transfusão permanecer por 10 minutos ao lado do leito do paciente conforme preconiza a legislação, período em que normalmente ocorrem as reações transfusionais imediatas;
- Instalar a bolsa de sangue no paciente assim que chegar da A.T;
- Para concentrado de hemácias iniciar a infusão com 10 gotas nos primeiros 10 minutos, depois aumentar o gotejamento para 40 gts/m. O tempo mínimo de infusão é de 02 h e Máximo 04 h, exceto em casos de emergência que poderá correr aberto;

- Plasma e plaquetas a infusão é rápida sendo o prazo mínimo de 30m e Máximo 60minutos;
- Checar a prescrição médica;
- Anotar o horário de início da transfusão nº da bolsa, tipo sanguíneo, volume da bolsa, data de validade e aspecto, e os sinais vitais iniciais;
- Anotar a ocorrência ou não de reações adversas, assinar e carimbar;
- Caso o paciente apresente reação transfusional, interromper imediatamente a transfusão;
- Comunicar a ocorrência ao médico responsável e a agência transfusional.
- Conferir os dados de identificação do paciente novamente para certificar se o paciente certo está recebendo o hemocomponente certo;
- Verificar e anotar os sinais vitais;
- Monitorar o paciente até que estabilize o quadro;
- Coletar nova amostra sanguínea do paciente, encaminhar para a A.T juntamente com a bolsa+ equipo, imediatamente após a reação;
- Notificar o caso, encaminhar notificação juntamente com a bolsa para analise microbiológica;
- Anotar no prontuário todas as informações sobre o caso: horário de início da reação, sinais e sinto- mas apresentados e condutas adotadas, assinar e carimbar.

Periodicidade

Sempre que prescrito.

Recomendações e Considerações

N/A.

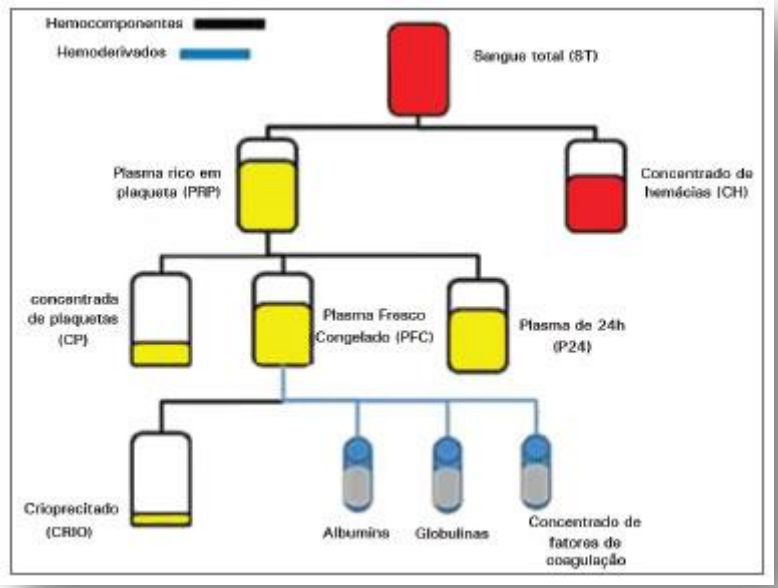
Responsável(is)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.58-1 - Fluxo de Transfusão



13.3.59. Protocolo de Colocação de Luvas Estéreis

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COLOCAÇÃO DE LUVAS ESTÉREIS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Padronizar as ações para procedimentos de enfermagem.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

Siglas, Termos e Definições

N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Luvas estéreis.

Descrição do Procedimento

- Após realizar a lavagem correta das mãos, abra o pacote de luva;
- Segure nas abas e abra os dois lados que revestem as luvas;
- Com sua mão não dominante, segure a luva pela face interna da luva;
- Introduza os dedos da mão dominante, procurando ajustar os dedos internamente;
- Após esta etapa, introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando-a pela face interna da luva;
- Introduza os dedos da mão dominante, calmamente, procurando ajustar os dedos internamente;
- Introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando-a pela face interna da luva;
- Lembre-se, que agora estamos com uma luva estéril na mão dominante, e não podemos tocar em lugares que não sejam estéreis, seja eles a nossa pele, superfícies ou objetos ao nosso redor;
- Com a mão dominante (enluvada), segure a outra luva pela face externa;
- Sempre segurando pela dobra do punho da luva, introduza calmamente sua mão esquerda (não dominante), na luva, semelhante ao realizado na primeira luva, mas agora, com a cautela de não tocar com a luva na pela da mão esquerda ou em locais não estéreis;
- Siga esta etapa, até introduzir toda a mão esquerda na luva;
- Antes da retirada de luvas, eleja a mão mais contaminada para ser retirado primeiro, a fim de diminuir o risco de contaminação durante o procedimento com os dedos da mão mais contaminada;
- Cuidado para não tocar a pele e respingar o conteúdo da luva com movimentos bruscos;
- Após retirar a luva da mão mais contaminada, deixe-a dentro da outra mão, e com a mão sem luva, retirar a outra luva com um só movimento.

Periodicidade

Sempre que necessário.

Recomendações e Considerações

N/A.

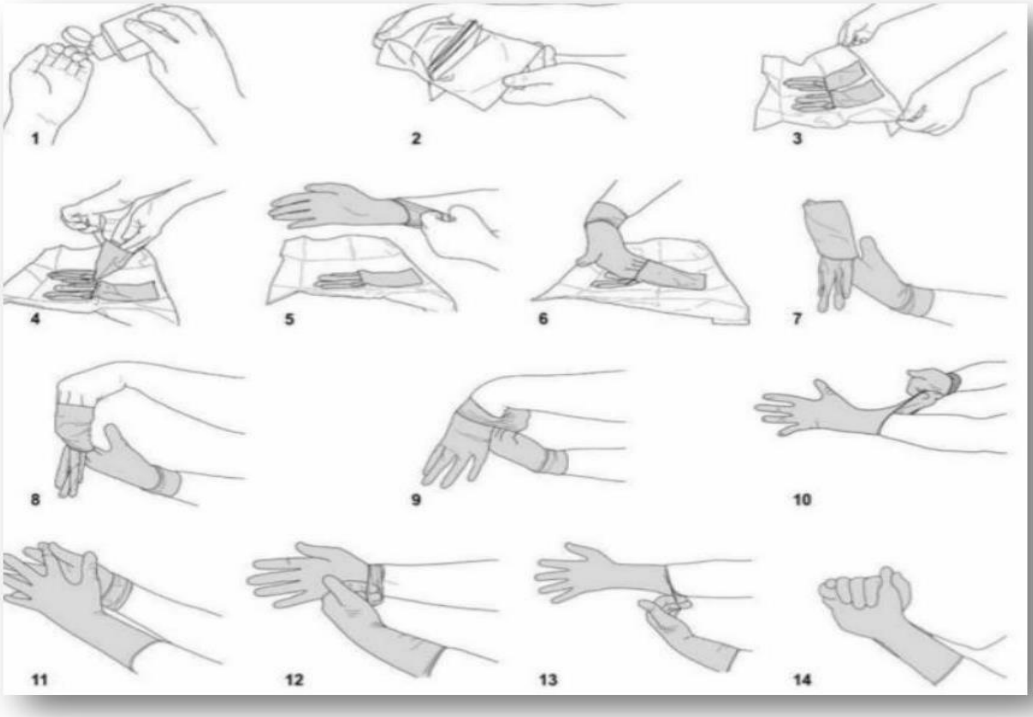
Responsável(is)

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.59-1 - Fluxo da Colocação de Luvas Estéreis



13.3.60. Protocolo de Higienização das Mãos

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Remover ou reduzir os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos evitando sua disseminação.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais e administrativos

Siglas, Termos e Definições

N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Água corrente;
- Sabão líquido neutro;
- Papel toalha;
- Cesto de lixo.

Descrição do Procedimento

- Inspecionar as mãos quanto a sujidade visível;
- Retirar joias e bijuterias;
- Abrir a torneira (com cotovelo), evitando encostar-se a pia;
- Molhar as mãos;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir toda a superfície das mãos;

- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si vigorosamente por 15 segundos;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
- Unir as palmas das mãos entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem, e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular, e vice-versa;
- Manter as mãos em forma de concha e na posição vertical e enxaguá-las, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartáveis, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha para fechá-la.

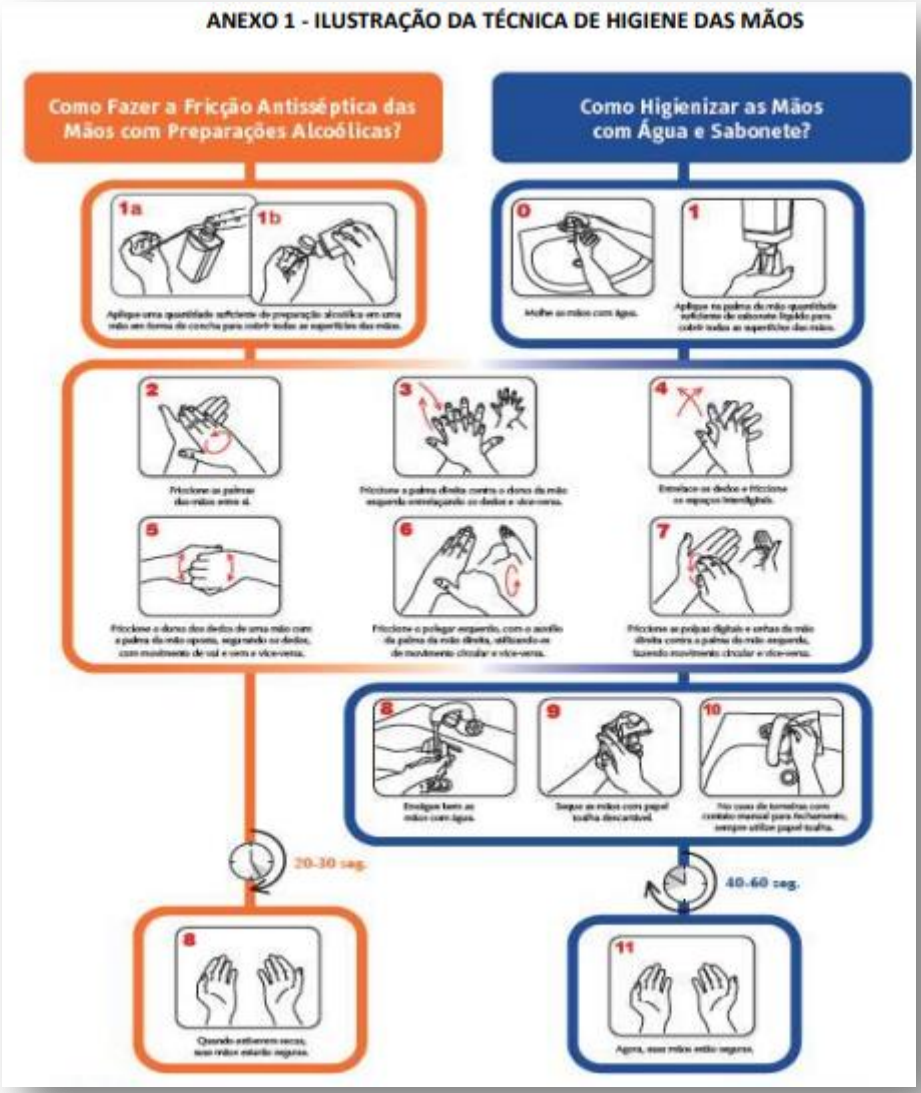
Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

- Quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Após contato com artigos ou em proximidade com o paciente, contaminados com matéria orgânica.

Figura 13.3.60-1 0 Fluxo de Higienização das Mãos



13.3.61. Protocolo de Transporte Intra Hospitalar de Pacientes

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	TRANSPORTE INTRA HOSPITALAR DE PACIENTES	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Transportar pacientes internamente com segurança.

Aplicabilidade

Pronto Socorro, Internação, Hemodinâmica, Centro Cirúrgico, Ambulatório, UTI's.

Siglas, Termos E Definições

- MV;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Materiais conforme o estado do paciente: Monitor multiparâmetros, Esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, etc;
- De acordo com as necessidades do paciente, tais como: oxímetro; monitor multiparâmetros ambú, bala de oxigênio, dentre outros;
- Maca ou cadeira de rodas, Prontuário do paciente, Telefone, Maca ou cadeira de rodas, Prontuário, caneta, carimbo;
- Maca ou cadeira de rodas, compressa e álcool 70%;
- Equipamentos, álcool 70%.

Descrição do Procedimento

- Avaliar paciente a ser transportado: Avaliar estado geral do paciente a ser transportado e suas necessidades durante o transporte conforme resolução COFEN 376/2011.
- Definir equipe de transporte do paciente: De acordo com o nível de complexidade da assistência requerida pelo paciente para o transporte, definir a equipe ideal para transporte do mesmo de acordo com a Resolução COFEN n 376/2011.
- Solicitar auxílio da equipe multiprofissional: Solicitar, caso seja necessário, o acompanhamento de algum membro da equipe multiprofissional, como médico, fisioterapeuta e outros.
- Providenciar equipamentos necessários para o transporte: Providenciar, de acordo com as necessidades observadas pelo enfermeiro que avaliou o paciente, o material necessário de suporte e/ou monitorização do paciente durante o transporte.

- Definir Meio de transporte do paciente: Definir, de acordo com as necessidades do paciente e suas condições clínica e física, o melhor meio de transporte, maca ou cadeira de rodas.
- Providenciar o meio de transporte do paciente: De acordo com as condições do paciente (Clínica e Física) e suas necessidades observadas pelo enfermeiro que avaliou o paciente.
- Providenciar prontuário: Providenciar o prontuário do paciente para acompanhá-lo durante o transporte, caso seja necessário, conforme o enfermeiro que avaliou o paciente.
- Comunicar com enfermeiro do setor de destino: Comunicar ao enfermeiro do setor de destino a par- tida do paciente, estado geral e necessidades na chegada para que sejam providenciadas.
- Empurrar a Maca ou cadeira de Rodas: Empurrar a Maca ou cadeira de rodas até o setor para onde o paciente será levado, desviando de obstáculos e cuidando para que não ocorram batidas da maca ou cadeira de rodas nos mesmos.
- Acompanhar o transporte do paciente: Acompanhar o transporte do paciente, lado a lado, observando-o durante o transporte, avaliando suas condições e/ou alterações durante o transporte, prestando os cuidados necessários e solicitando auxílio se necessário.
- Anotar no prontuário: Anotar no prontuário do paciente o transporte realizado, condições em que foi feito, estado do paciente, alterações observadas e condutas. Identificar nas anotações equipe de transporte.
- Trazer Meio de Transporte e equipamentos pesados de volta ao setor de origem: Trazer a maca ou cadeira de rodas de volta ao setor de origem limpá-la com álcool e guardá-la. Trazer bala de O2 e demais equipamentos pesados ao setor de origem e guardá-los.
- Trazer demais equipamentos leves de volta ao setor de origem: Trazer monitores e demais equipa- mentos utilizados somente no transporte de volta ao setor de origem, realizar desinfecção com álcool 70% e guardá-los em seus lugares.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

N/A.

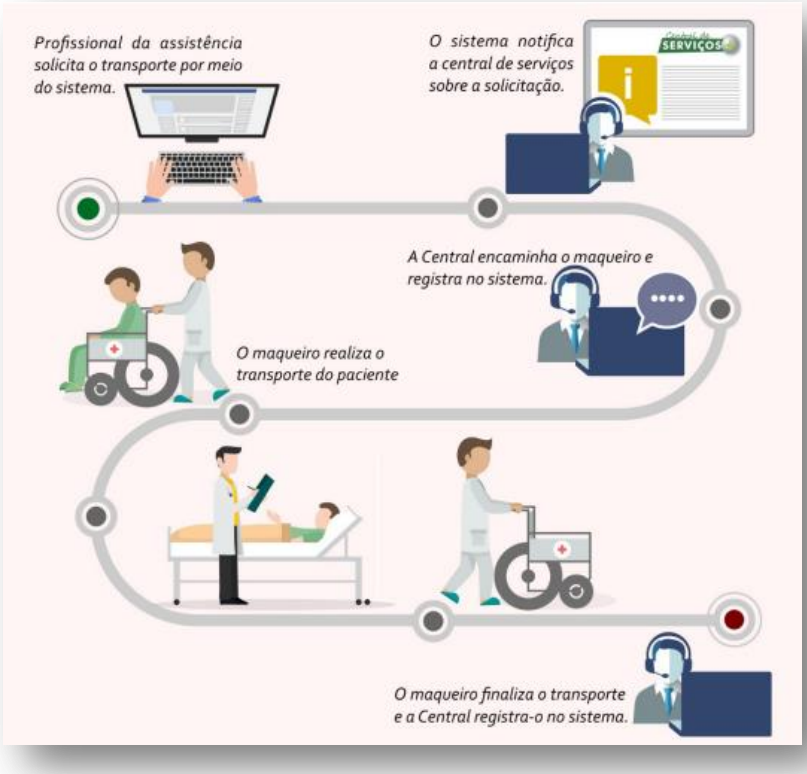
Responsável(is)

Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Maqueiro.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.61-1 - Fluxo de Transporte de Paciente no Hospital



13.3.62. Protocolo de Alta

SALVADOR - BA
(71) 2132-2477
AV. TANCREDO NEVES, 620, SALA 602, CAMINHO DAS ÁRVORES, SALVADOR - BA
CEP: 41.820-020

RIO DE JANEIRO - RJ
(21) 3400-8356
AV. DAS AMÉRICAS, 1155, SALAS 1802/1803, BARRA DA TIJUCA - RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 22.631-000

SÃO PAULO - SP
(11) 3845-1115
RUA ALCIDES LOURENÇO DA ROCHA, 167, SALA 71, BROOKLIN, SÃO PAULO - SP
CEP: 04.571-110

UNIDADES
BAHIA
MINAS GERAIS
RIO DE JANEIRO
SERGIPE
insvsaude.org

Objetivo

Garantir que a alta de pacientes ocorra de forma completa, e que assegure aos pacientes e familiares todas as orientações necessárias para continuidade de cuidados após alta.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todas as unidades de internação.

Siglas, Termos e Definições

- SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- MV – Movimentação de Pacientes; UBS - Unidades Básicas de Saúde; N/A : Não se aplica.

Material Utilizado

- Prontuário do RN;
- Protocolo - SAE; Formulário padrão da SAE;
- Livro de Registro dos Enfermeiros da Unidade;
- Pulseirinha de identificação;
- Formulário de Movimentação de Pacientes.
- Formulário alto responsável;
- Formulário de Censo Diário.

Descrição do Procedimento

Enfermeiro

1- Alta hospitalar:

- Confirmar em prontuário a alta hospitalar prescrita pelo médico, antes de se efetuar qualquer tipo de encaminhamentos;
- Realizar exame físico simples para orientações de alta, confirmando as condições de alta tanto para equipe, quanto no relatório de enfermagem;
- Informar ao paciente e/ou aos familiares, as orientações relativas aos cuidados pessoais, horário de medicações (quando necessário), encaminhamentos e retornos (quando indicados)

- Certificar-se de que todas as orientações de cuidados foram assimiladas pelo paciente e/ou familiares para manutenção dos mesmos após alta hospitalar;

Técnico de Enfermagem

2- Observar dispositivos:

- Retirar venóclise;
- Preparar sondas, drenos, curativos se houver.

Técnico de Enfermagem

3- Anotar procedimento de alta e transferência:

- Anotar no prontuário a hora da saída de alta, registrando também no livro da unidade;
- Registrar em prontuário dados sobre a alta do paciente, solicitando que o paciente ou responsável o assine.

Técnico de Enfermagem

4- Saída dos pacientes:

- Acompanhar o paciente até a recepção, quando deverá ser retirada após conferência da mesma pelos funcionários daquele setor;
- Retornar a pulseira ao setor, fixando-a no prontuário;

Enfermeiro

5- Preencher e encaminhar formulário de Movimentação de paciente:

- Enviar formulário de Movimentação de paciente à Recepção.
- Enfermeiro

6- Checar preenchimento de alta responsável:

- Integrar ao documento entregue ao serviço social.

Enfermeiro

7- Atualização do Censo Diário:

- Registrar no Censo Diário da ALTA HOSPITALAR.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

- Seguir checklist de organização de documentos para alta, seguindo a especificidade de cada setor de internação, em especial quanto ao Aleitamento Materno e Referência e Contra referência, Banco/ Posto de Leite Humano, etc.;
- A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado.

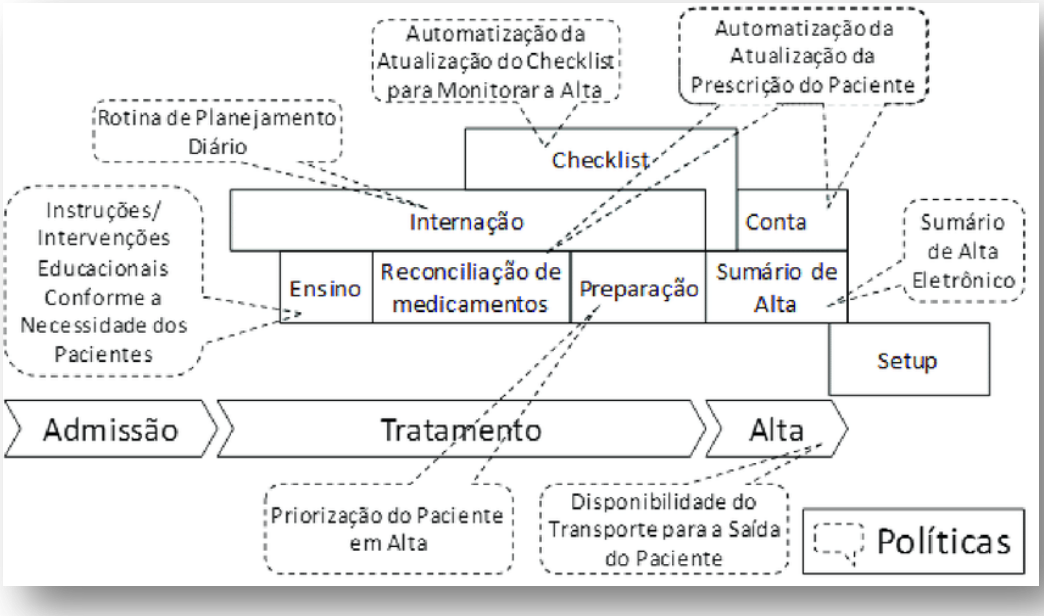
Responsável(is)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.62-1 - Fluxo de Alta



13.3.63. Protocolo de Encaminhamentos Após Óbito

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ENCAMINHAMENTOS APÓS ÓBITO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Assistir ao paciente em óbito e acolher familiares de forma integral, humanizada e respeitosa, visando prepará-los para os procedimentos funerários.

Aplicabilidade

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

Siglas, Termos e Definições

- DO - Declaração de Óbito;
- EIC - Etiqueta Identificadora de Cadáver;
- UP - Unidade do Paciente;
- N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão SAE do setor em que ocorreu óbito;
- Censo Diário;
- Livro de Registro de Óbito;
- EIC - Etiqueta identificadora de cadáver;
- Formulários para DO;
- DO - Declaração de óbito.

Descrição do Procedimento

- Téc. de Enfermagem:
    - Registro do óbito
    - Conferir a constatação do óbito pelo médico;
    - Realizar anotação de Enfermagem no prontuário - SAE, com data, hora e procedimentos realizados;
    - Anotar o óbito no Censo;
    - Registrar o óbito no Livro de Registro de Óbito;
    - Preencher EIC (duas, uma interna junto ao corpo, e outra externa): setor de origem, nome do paciente, data e horário do óbito;
    - Informar e providenciar a devolução das medicações à farmácia; informar BLH e Agencia Transfusional;
- Escriturária:
    - Encaminhamentos para DO:
    - Entregar o Formulário para DO ao médico, quando solicitado pelo mesmo;
- Enfermeiro:
    - Encaminhamentos à Equipe Multiprofissional:
    - Supervisionar todos os procedimentos descritos;
    - SOMENTE FINALIZAR O PROCESSO encaminhando o paciente ao necrotério, após todos os documentos estarem OK;
    - Comunicar o óbito ao Setor de Psicologia;
    - Comunicar o óbito ao Serviço Social;
    - Comunicar o óbito ao serviço de Nutrição;
    - Enviar a Declaração de Óbito (Atestado de Óbito) ao Serviço Social;
    - Assegurar, juntamente com o Serviço de Psicologia e Serviço Social, o ACOLHIMENTO à família, de forma humanizada;
    - Proporcionar aos familiares a opção de participar do processo de preparo do corpo, principalmente em se tratando de RN, antes de encaminhá-lo ao necrotério.
- Técnico de Enfermagem
    - Preparo do corpo:
    - Preparar e Identificar o corpo conforme o PROTOCOLO PARA ÓBITO;
    - Retirar sondas e cateteres do paciente;
    - Identificar e entregar os pertences do paciente à família;
    - Finalizar o enrolamento do corpo.
- Enfermeiro
    - Limpeza Terminal da UP:

- Providenciar desinfecção terminal do leito, conforme rotina do setor e IT para Limpeza Terminal da UP.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

- Médico responsável pela DO é aquele que assistiu o óbito;
- Todos os campos da DO devem ser preenchidos por médico;
- Óbitos sem causa definida, conforme protocolo devem ser encaminhados ao SVO (junto ao IML);
- Identificar o corpo com duas etiquetas, uma interna e outra externa;
- Encaminhar ao necrotério e entregar a DO ao serviço social;
- Entrarem contato com a Recepção I – setor de internações, para dar destino do corpo ao necrotério, até a chegada da Funerária.
- Em caso de problemas com DO, o Serviço Social deverá solicitar correções: 1º) médico que assistiu ao óbito, 2º) coordenador médico da Unidade, 3º) Diretor Técnico e 4º) Diretor Geral;
- A chave do necrotério é responsabilidade do pessoal da Recepção I;
- Cabe ao vigilante acompanhar o funcionário que levará o corpo até o necrotério.

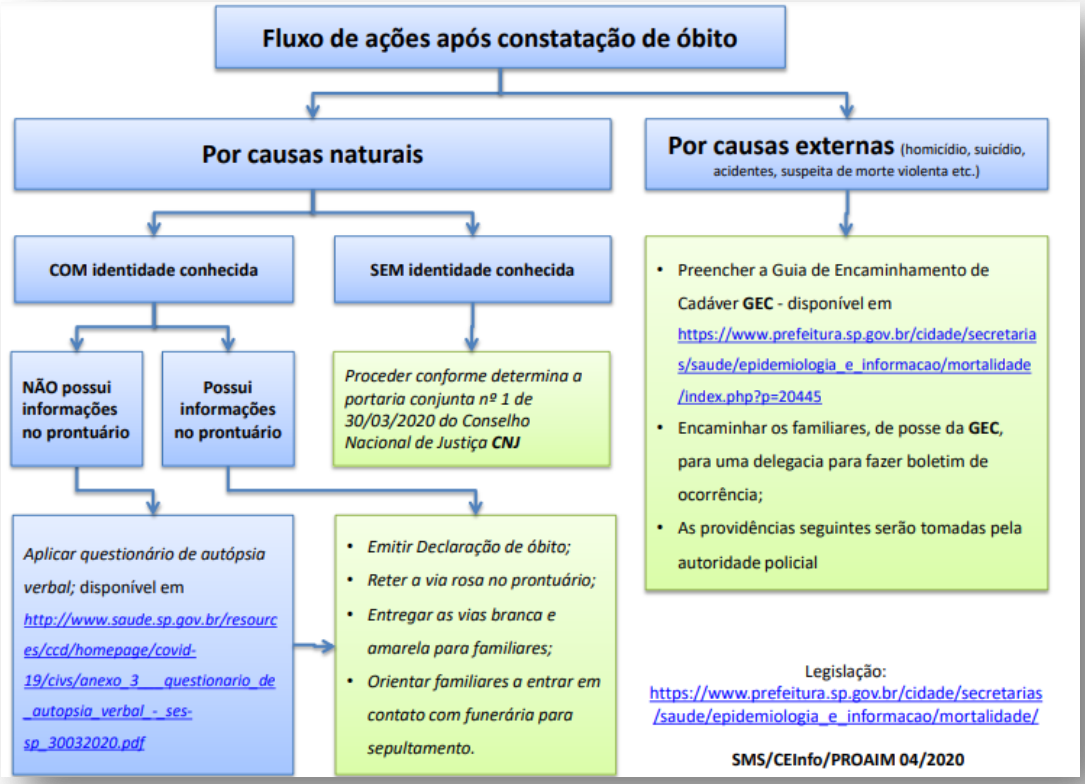
Responsável(is)

N/A.

Registro(s)

N/A

Figura 13.3.63-1 - Fluxo de Pós Óbito



13.3.64. Protocolo de Precauções Respiratórias para Aerossóis

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA AEROSSÓIS	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Apresentar a instruções para prevenir a transmissão de microrganismos por aerossóis (partículas de tamanho menor ou igual a 5 micra), que permanecem suspensas no ar e podem ser dispersas a longas distâncias. Aos profissionais de saúde durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por aerossóis e que necessitam de isolamento respiratório, como varicela, sarampo e tuberculose.

Aplicabilidade

Unidade de Internação adulto e infantil, Emergência, Centro Cirúrgico/Obstétrico.

Siglas, Termos e Definições

A transmissão por aerossóis é diferente da transmissão por gotículas. Algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala ou tosse se ressecam e ficam suspensas no ar, podendo permanecer durante horas e atingir ambientes diferentes, inclusive quartos adjacentes (são carreados por corrente de ar). Destinam-se às situações de suspeita ou confirmação de tuberculose pulmonar ou laríngea, sarampo, varicela e herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido.

N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Prontuário do Paciente;
- Máscara tipo N95 ou PFF2 (proteção facial filtro 2).

Descrição do Procedimento

- Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por aerossóis;
- Observe a identificação de "Precauções para aerossóis" na porta do quarto;
- Higienize as mãos antes de entrar no quarto;
- Coloque máscara N95 ou PFF2 antes de entrar no quarto:
- Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme
- Ajuste a haste metálica da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;
- Higienize as mãos antes de sair do quarto;
- Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização, lembrando que o uso da máscara é individual.

Periodicidade

N/A.

Recomendações e Considerações

- Mantenha o paciente em quarto privativo superior a 30 dias, desde que se mantenham íntegras, secas e limpas. Utilize a PFF2 durante aassistência a pacientes entubados, pois, pela válvula expiratória, continua ocorrendo eliminação de microrganismos no ambiente;
- O transporte do paciente deve ser limitado e, quando necessário, ele deve sair do quarto usando máscara cirúrgica;
- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro quanto às precauções para gotículas;
- O familiar ou acompanhante que entrar no quarto também deverá utilizar máscara Cirúrgica;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR32);
- A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para aerossóis como abaixo:

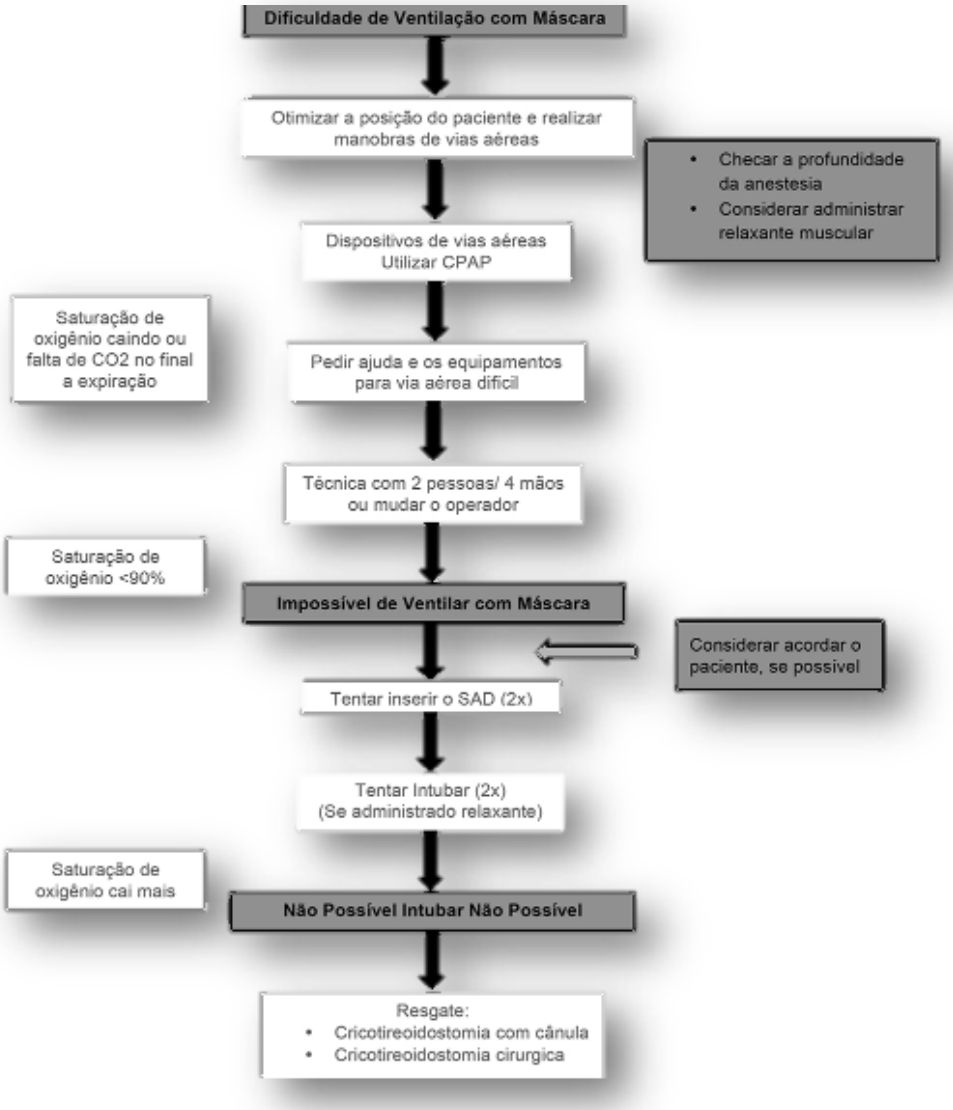
Responsável(is)

Enfermeiro/Téc. e Auxiliar de Enfermagem.

Registro(s)

N/A.

Figura 13.3.64-1 - Fluxo de Preocupação das Vias Aéreas



13.3.65. Protocolos de Precauções de Gotículas para Isolamento

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PRECAUÇÕES DE GOTÍCULAS PARA ISOLAMENTO	**/ /2023**	**/ /2023**

Objetivo

Apresentar aos profissionais de saúde as instruções para prevenir a transmissão de microrganismos por gotículas, durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por gotículas.

Aplicabilidade

Unidade de Internação adulto e infantil, Emergência, Centro Cirúrgico/Obstétrico

Siglas, Termos e Definições

Gotículas, também chamadas Gotículas de Pflugge são partículas líquidas expelidas para o ar que podem ser gerados por tosse, espirro, conversação de um paciente contaminado por microrganismo.

N/A: Não se aplica.

Material Utilizado

- Prontuário do Paciente;
- Máscara cirúrgica

Descrição do Procedimento

- Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por gotículas;
- Observe a identificação de "Precauções para gotículas" na porta do quarto;
- Higienize as mãos antes de entrar no quarto;
- Coloque máscara cirúrgica antes de entrar no quarto:
- Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme
- Ajuste a haste da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;
- Higienize as mãos antes de sair do quarto;
- Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização, lembrando que o uso da máscara é individual.

Periodicidade

N/A

Recomendações e Considerações

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente: use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os perfurocortantes.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outro infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.
- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro quanto às precauções para gotículas;
- O familiar ou acompanhante que entrar no quarto também deverá utilizar máscara cirúrgica;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR32);
- A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para gotículas como abaixo:

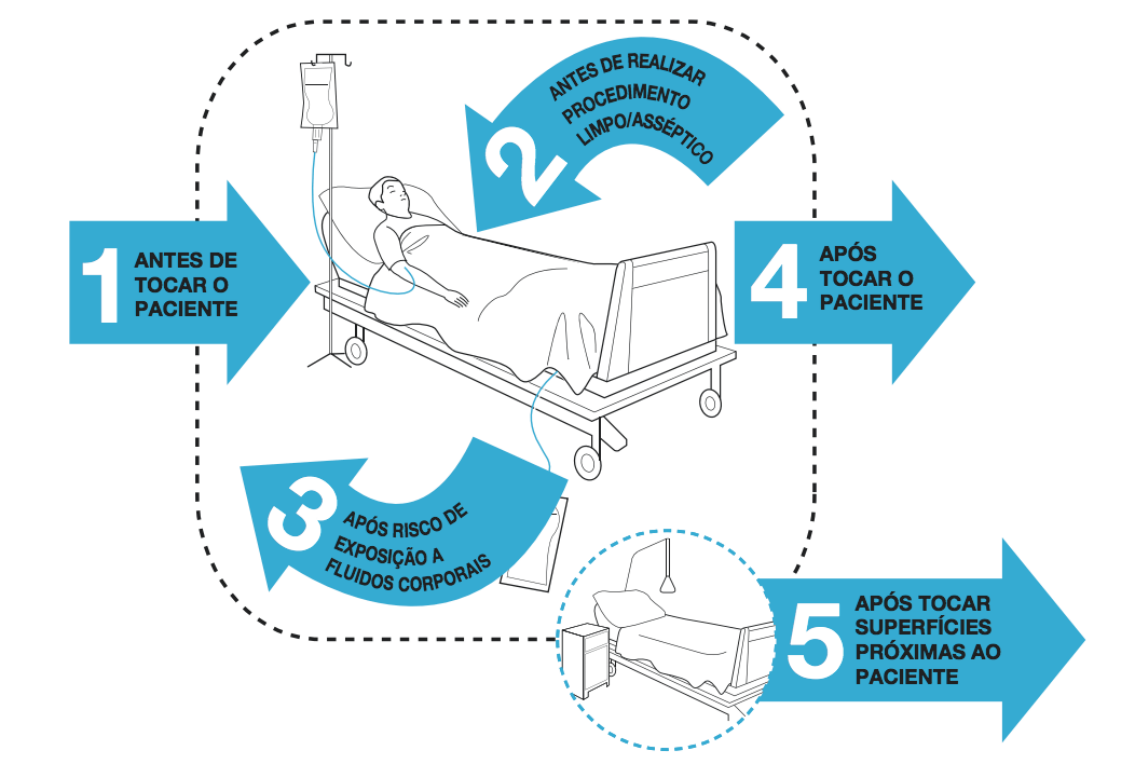
Responsável(is)

Enfermeiro/Téc. e Auxiliar de Enfermagem.

Registro(s)

N/A

Figura 13.3.65-1 - Fluxo de Preocupação com Gotículas para Isolamento



13.4. Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e Rotinas Operacionais para os Serviços de Maior Complexidade na Medicina como nas Emergências e Unidades de Terapia Intensiva de Adulto.

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

Sabemos que o avanço tecnológico na área da saúde, oportuniza inúmeras opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos demonstraram que esta variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores

desfechos clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde. Inicialmente, acreditava-se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a aderir à melhor prática médica apenas pelo fomento contínuo das evidências científicas. Entretanto, a disseminação do conhecimento tem sido descrita como fator importante, mas insuficiente para modificar o comportamento clínico habitual.

Medidas de controle de qualidade total devam ser implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para as diretrizes práticas, recomendações de especialistas e grupos de classe e, principalmente mais recentemente, protocolos assistenciais.

Estes programas devem ser implantados com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis.

Protocolos Assistenciais (PA) são considerados formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de objetivos terapêuticos e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas. A adoção de protocolos também proporciona uma situação adequada para coletar dados no manejo - de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações – e diminui a sobrecarga na documentação médica e de enfermagem.

Com o propósito de possibilitar uma assistência médica segura e de qualidade na Unidade de Emergência (UE), juntamente com a nova gestão proposta pelo INVS disporá dos protocolos médicos de diversas especialidades, dando um passo inicial importante para auxiliar os profissionais que trabalham na Unidade de Emergência a prestarem um atendimento humano e tecnicamente correto e ágil, amparado pelo que a literatura médica mais atual preconiza.

A composição dos assuntos aqui elencados é norteada pelos temas de interesse médico mais constantes e relevantes de diferentes especialidades no cenário da Urgência e Emergência.

Cabe enfatizar que a preocupação maior de todos os envolvidos nesta tarefa de elaborar e reunir os presentes protocolos é a busca pelo atendimento médico que concilia a qualidade técnica com o respeito pelo nosso usuário: razão maior de todos os esforços empreendidos pela Direção do Hospital **HERSO** e todo seu corpo clínico.

Acreditamos este conjunto de protocolos seja sempre útil aos médicos, servindo como fonte constante de consulta, e que ele represente mais uma etapa na consolidação de um

hospital compromissado com a qualidade e a segurança da assistência e sempre preocupado com nossos usuários e profissionais.

Apresentamos a seguir alguns modelos dos principais protocolos a serem implementados pelo novo modelo de gestão do **HERSO**. Neste sentido, foram selecionados alguns protocolos assistenciais que naturalmente terão seus fluxos e rotinas avaliadas pelo corpo clinicam do referido hospital.

13.4.1. Protocolo Parada Cardiorrespiratória – PCR

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	Parada Cardiorrespiratória – PCR	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

É a interrupção abrupta da atividade mecânica cardíaca, que pode ser reversível por intervenção imediata, mas, leva à morte, na sua ausência. Ocorre de forma súbita e inesperada, em indivíduos sem doenças prévias ou naqueles com doenças incuráveis que evoluam para PCR, não por evolução natural da doença e, sim, por causas extrínsecas passíveis de reversão (AHA - ACC).

DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico deve ser feito com a maior rapidez possível e compreende a avaliação de três parâmetros: responsividade, respiração e pulso.

Os (C A B D) da Ressuscitação Cardio Pulmonar - RCP

- Avaliação Primária:

C (circulation): circulação; A (airway): vias aéreas; B (breathing): respiração; D (defibrillation): desfibrilação ou drogas*.	C: Avaliar o pulso + iniciar as compressões torácicas A: Posicionar o paciente e abrir as vias aéreas B: Estabelecer duas ventilações D: Aplicar o desfibrilador quando disponível

- Checa-se o ritmo: FV/TV, assistolia ou AESP;
- FV/TV: desfibrilar o paciente (1 choque de 200 joules e 360 no desfibrilador monofásico) - Reversão>85% dos casos. Persistindo FV/TV, repetir 1 choque de 360J a cada intervalo de ressuscitação cardiopulmonar (2 minutos).

NOTA: Os desfibriladores disponíveis na rede podem ser monofásicos, portanto, a carga para desfibrilação é de 360J. Para utilização de desfibriladores bifásicos a carga inicial será de 200J.

- Avaliação secundaria:

A: Intubação do paciente, não é obrigatório se a ventilação com ambu e mascara elevar o tórax.

B: Ventilação não-sincronizada para pacientes intubados, manter RCP 30:2 para pacientes não intubados

C: Monitorização (eletrodos, oxímetro, manguito), acesso venoso, compressões torácicas (não sincronizadas), se o paciente estiver intubado.

Figura 13.4.1-1 - Medicamentos

Epinefrina	**1 amp = 1ml = 1mg Dose: 1mg cada 3 min**
Amiodarona	**1 amp = 3ml = 50mg/ml Dose: 300mg IV bolus 2ª dose: 150mg após 5 min**
Lidocaína	**1 fr = 20ml = 20mg/ml Dose: 1,5mg/kg cada 3 min Dose máx: 3mg/kg**
Sulfato de Magnésio	**1 amp (10%) = 10ml = 0,1g/ml Dose: 1 a 2g IV bolus**

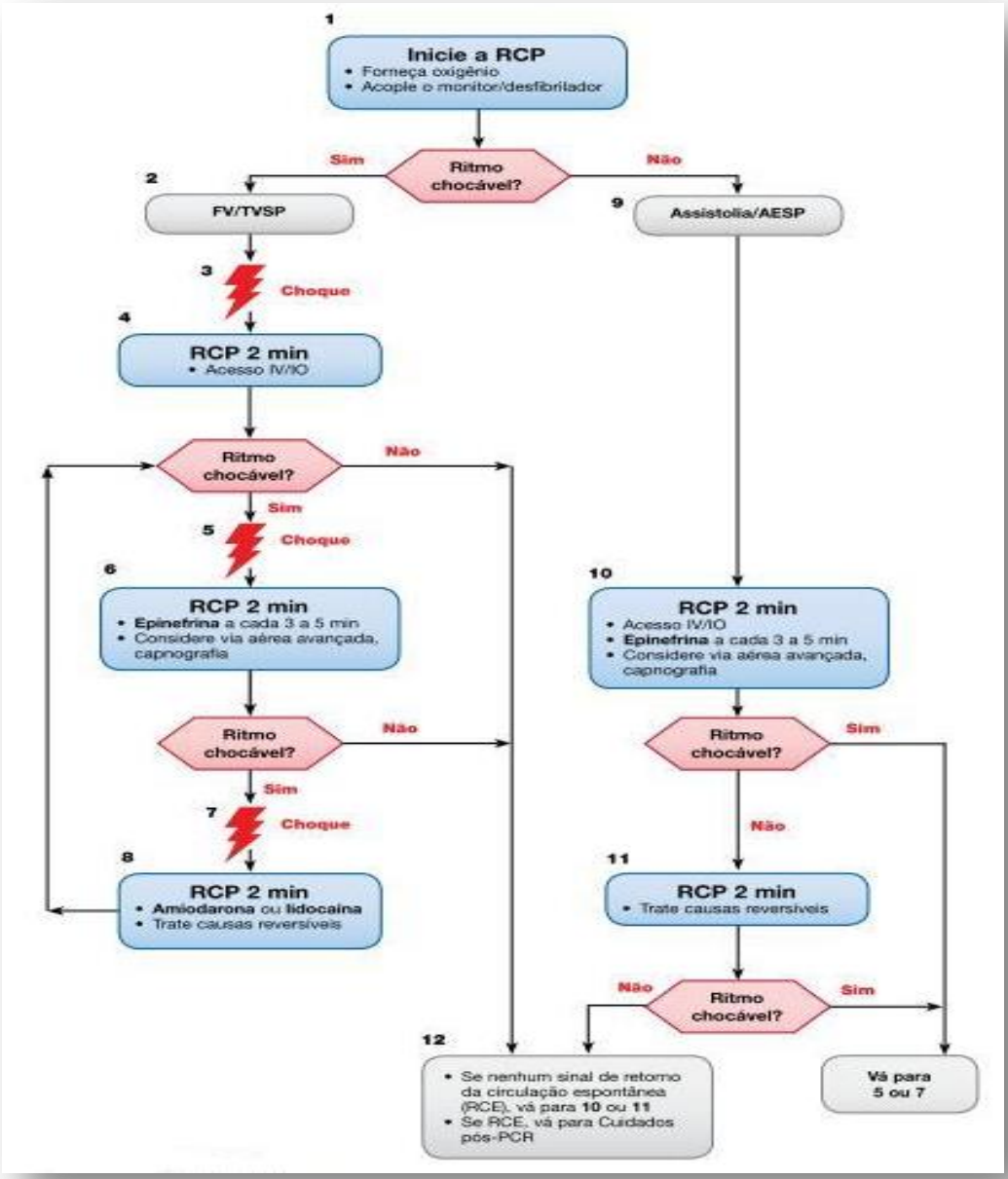
- Assistolia: protocolo de linha isoelétrica (CAGADE)
- Verificar se o monitor e o desfibrilador estão ligados
- Verificar todas as conexões: dispositivo – cabos, cabos – paciente, dispositivo – pás – paciente.
- Verificar GANHO ou SENSIBILIDADE selecionado no desfibrilador/monitor
- Selecionar derivação e fazer uma rápida verificação do ritmo em cada derivação.

- Quando monitor "EM PÁS" fazer uma rotação de 90□ para verificar se há vetor de FV (pá do esterno superior direito para o esterno superior esquerdo; pá do ápice esquerdo para a borda inferior direita do esterno).

Figura 13.4.1-2 - Tratamento de Assistolia

TRATAMENTO DAS POSSÍVEIS CAUSAS DE AESP/ASSISTOLIA - Hs e Ts	
Etiologia	**Tratamento**
Hipovolemia	Fluídos
Hipóxia	O2 a 100% (EOT)
Hipercalemia / Hipocalemia	Bicarbonato / Repositor de potássio
Hipotermia	Reaquecimento
Acidose (Hidrogênio)	Bicarbonato
Pneumotórax hipertensivo	Descompressão
Intoxicações por drogas	Antagonistas
Tamponamento cardíaco	Pericardiocentese
Tromboembolismo pulmonar	Trombolíticos?
IAM	PTCA-Trombólise

Figura 13.4.1-3 - Algoritmo de Assistolia/AESP

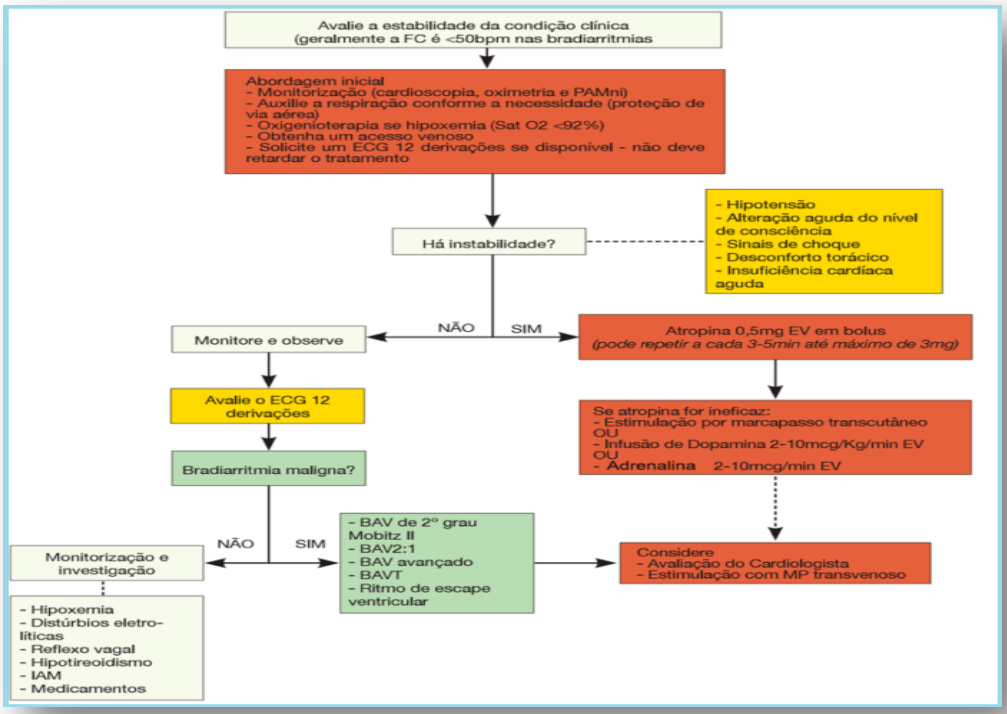


- Bradicardia:

1) Absoluta – frequência cardíaca < 60bpm.

2) Relativa – Frequência cardíaca menor que a desejada para uma condição.

Figura 13.4.1-4 - O ECG / Bradiarritmias



- Critérios de instabilidade

Sintomas: dor torácica anginosa, falta de ar, diminuição do nível de consciência, fraqueza, fadiga, intolerância a exercícios, tontura, vertigem e desmaios.

Sinais: hipotensão, queda da PA em posição ortostática, sudorese, congestão pulmonar ao exame físico ou radiografia torácica, ICC franca ou edema pulmonar, dor torácica, síndrome coronária aguda.

TRATAMENTO:

A sequência de tratamento para bradicardia sintomática é:

- Atropina (agente de escolha para tratamento inicial – exceto para bloqueio cardíaco de segundo grau Mobitiz II, bloqueio cardíaco de terceiro grau e pacientes submetidos a transplante cardíaco). Utilizar doses 0.5mg IV repetida a cada 3-5 minutos. Se após a primeira dose não houver resposta não associe DOPR ou Adrenalina.
- Marca passo transcutâneo.
- Dopamina: Após atingir dose máxima de atropina (0,04mg/Kg) adicionar uma infusão de dopamina (iniciar com 5g/Kg/min.) e aumentar a dose de infusão rapidamente (até 20g/Kg/min.)

- Adrenalina: Se o paciente apresentar bradicardia grave com hipotensão, o fármaco de escolha é a adrenalina. A infusão de adrenalina também é indicada quando doses mais altas de dopamina não fizerem mais efeito.

NOTA: As infusões de adrenalina são preparadas da seguinte maneira: Misturar 1 ampola de 1mg de adrenalina em 500 ml de solução salina normal, a fim de produzir uma concentração de 2g/ml. Isto pode ser infundido na velocidade de 1 a 5 ml/min. A infusão de Dopamina (Amps = 50mg/10ml) diluída em 240ml de SF0,9%.

Informações da localização do infarto cardíaco:

1. VD

- Pacientes com infarto do VD ou inferior apresentam, frequentemente, tono parassimpático excessivo. Os efeitos parassimpáticos provocarão a bradicardia, mas a hipotensão, se estiver presente, será devida mais provavelmente à hipovolemia que à bradicardia.
- Fornecer uma prova de volume cuidadosa com soro fisiológico (250-500ml em 15-30 minutos).
- Esta ação pode salvar a vida destes pacientes.
- A baixa frequência é na verdade uma bradicardia relativa: o coração devia bater mais rápido devido à baixa PA. O fluido em bolo aumenta as pressões de enchimento do VD, o que causa um aumento na força de contração do VD (lei de Starling).
- Os IAM inferiores geralmente produzem um bloqueio cardíaco ou terceiro grau, com um ritmo de escape juncional de complexo estreito.
- Utilizar a atropina para aumentar a FC e a PA, se estes pacientes se tornarem sintomáticos.
- Se não houver resposta à atropina, fornece dopamina ou epinefrina. O defeito de condução é frequentemente passageiro. Um MTC "em espera" deve ser utilizado (e testado) para esses pacientes, enquanto se aguarda pelo marcapasso transvenoso ou pela solução do bloqueio.

2. Bloqueio Atrio Ventricular De Primeiro Grau:

Figura 13.4.1-5 - Bloqueio Atrio Ventricular De Segundo Grau (Mobitiz I)

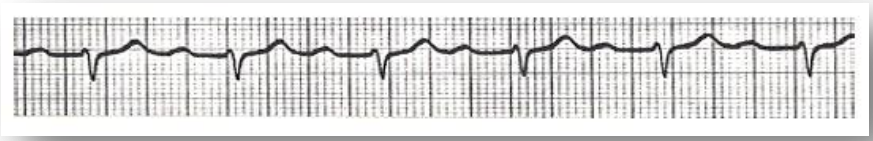
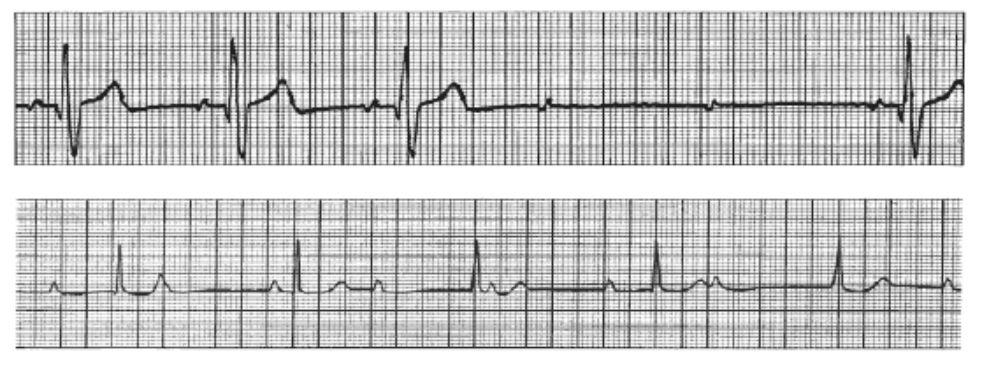


Figura 13.4.1-6 - Bloqueio Atrio Ventricular De Segundo Grau (Mobitiz I)

Figura 13.4.1-7 - Bloqueio Atrio- Ventricular De Segundo Grau (Mobitiz II)



13.4.2. Protocolo Atendimento Dor Torácica

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	DOR TORÁCICA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

Dor torácica é uma queixa comum e causa igualmente frequente de procura à sala de emergência nas Unidades de Pronto Atendimento. Estima-se que cerca de 1-5 % do total de atendimentos na emergência são devido à dor torácica e que 20 – 35% destes correspondam, a uma situação clínica de gravidade como Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

O grande desafio do Emergencista é justamente diagnosticar os pacientes com alto risco de apresentarem uma SCA, além de outras etiologias menos frequentes, porém potencialmente fatais como Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e as Síndromes Aórticas Torácicas Agudas (SATA) e Pneumotórax Hipertensivo (PH) que juntas representam 1% dos casos.

Contudo, o diagnóstico inicial da SCA no primeiro atendimento pode ser dificultado pelos seguintes fatos:

Dos pacientes que realmente apresentam um infarto agudo do miocárdio (IAM), apenas a metade tem um eletrocardiograma com alterações clássicas como supra desnível de segmento ST (CSST) à admissão;

Menos da metade dos pacientes com IAM sem supra desnível de segmento ST (SSST) apresenta creatinoquinase-MB (CK-MB) elevada à admissão.

Esses dados podem explicar porque, mesmo em centros de referência, 2 a 3 % de pacientes com IAM são indevidamente liberados da emergência, taxa que pode alcançar valores de até 10 a 20 % em alguns serviços, sendo que destes, 25% apresenta desfecho letal.

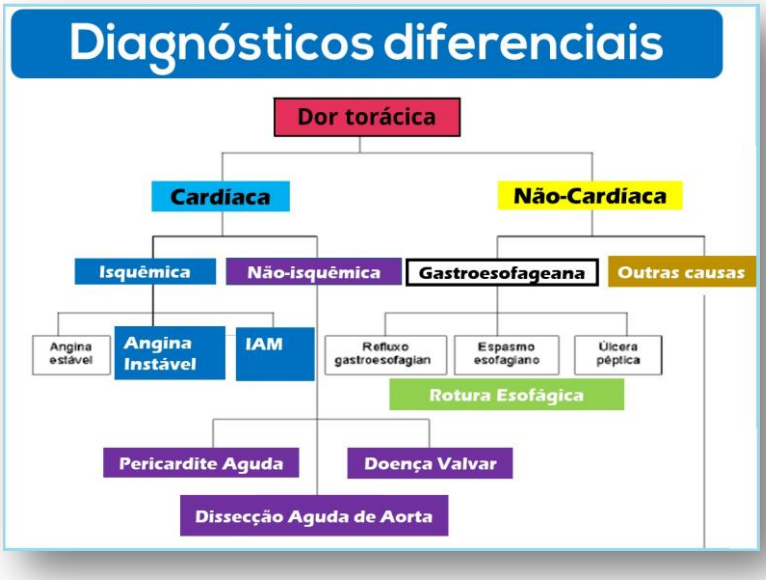
Início súbito, intensa e pode ser acompanhada de sudorese e hipertensão.

Hipotensão pode ocorrer quando há ruptura ou tamponamento cardíaco.

No pneumotórax hipertensivo há acúmulo de ar na cavidade pleural por um sistema de válvula unidirecional, que faz com que o ar possa entrar, mas não possa sair. O pulmão do lado afetado é completamente colapsado, e a traqueia e o mediastino são deslocados para o lado oposto, comprometendo o retorno venoso e causando compressão do pulmão contralateral à lesão.

Na maioria das vezes, a causa é a lesão do parênquima pulmonar, que pode ser agravada com pressão positiva. Lesões traumáticas da parede torácica também podem ser causa de pneumotórax hipertensivo ocasionalmente. Não é incomum que a inserção de cateteres na veia subclávia ou jugular interna seja a causa de pneumotórax.

Figura 13.4.2-1 - Causas Da Dor Torácica



DIAGNÓSTICO

Avaliação rápida e periódica da evolução da gravidade da crise e da resposta a terapia é essencial para o sucesso do manejo da exacerbação asmática nas primeiras horas de atendimento. Idealmente, antes de toda e qualquer intervenção, o paciente deve ser reavaliado em sua função pulmonar e estado clínico para determinar a conduta subsequente, determinando tanto o espaçamento entre as medicações quanto o ajuste de doses. As etapas abaixo ajudam a sistematizar o atendimento e incluem a régua de tempo com as reavaliações sugeridas.

1. Etapas da avaliação do paciente com síndrome coronariana:

- Em pacientes com dor torácica aguda sugestiva de síndrome coronariana aguda realizar o ECG de 12 derivações em menos de 10 minutos
- Encaminhar o paciente para a sala de emergência e iniciar a utilização de M.O.V. (monitor, oxigênio e veia) - enfermeiro classificação de risco.
- Análise de ECG pelo médico
- Avaliação do caso clínico pelo médico
- Classificar de acordo com os achados clínicos / eletrocardiográficos
- Iniciar o tratamento imediato em caso de síndrome coronariana aguda (MONAB)
- Manter sob monitoramento constante (ECG, oxímetro, PA, Pulso)
- Estar preparado para intercorrências (FV, outras arritmias)

2. Etapa Avaliação imediata (<10 minutos)

- Verifique os sinais vitais (manguito de PA automático/manual)
- Meça a saturação de oxigênio
- Estabeleça um acesso IV
- Obtenha o ECG de 12 derivações (revisão por médico)
- Faça anamnese e exame físicos breves e direcionados, concentre-se na elegibilidade para terapêutica fibrinolítica

3. Os padrões eletrocardiográficos são analisados, permitindo identificar 4 grupos:

- Eletrocardiograma com supra desnível de ST:
- Presença de supra desnível de J-ST>0,1mV em pelo menos duas derivações contíguas do plano frontal, ou >0,2mV em pelo menos duas derivações contíguas do plano horizontal (V1 a V6).
- Eletrocardiograma com infra desnível de ST ou inversão de T:
- Presença de infra desnível de J-ST 0,1mV em pelo menos duas derivações contínuas, ou inversão isola de T em pelo menos duas derivações contíguas.
- Eletrocardiograma com bloqueio de ramo esquerdo:
- Em ritmo sinusal, presença de complexos QRS com duração 120ms, com morfologia QS ou rS em Vl e deflexão intrinsecóide 60ms em I, V5 ou V6, associado à ausência de onda Q nestas derivações.
- Eletrocardiograma normal ou inespecífico:
- Ausência de qualquer alteração, ou presença de alterações de duração e morfologia QRS e/ou as alterações de posição de J – ST e T que não se enquadrem nas acima descritas, mesmo em presença de ondas Q patológicas consideradas antigas.

4. Classificar os tipos de dores A, B, C, D:

A abordagem inicial ao paciente com dor torácica consiste em se definir, através de uma breve história clínica, se o sintoma decorre de uma provável causa cardíaca ou de provável causa não-cardíaca. Para tanto, deve-se tentar classificar a dor em um dos seguintes tipos:

- Tipo A (dor definitivamente anginosa)
- Dor torácica cujas características dão a certeza do diagnóstico de SCA, independentemente do resultado dos exames complementares.
- Tipo B (dor provavelmente anginosa)

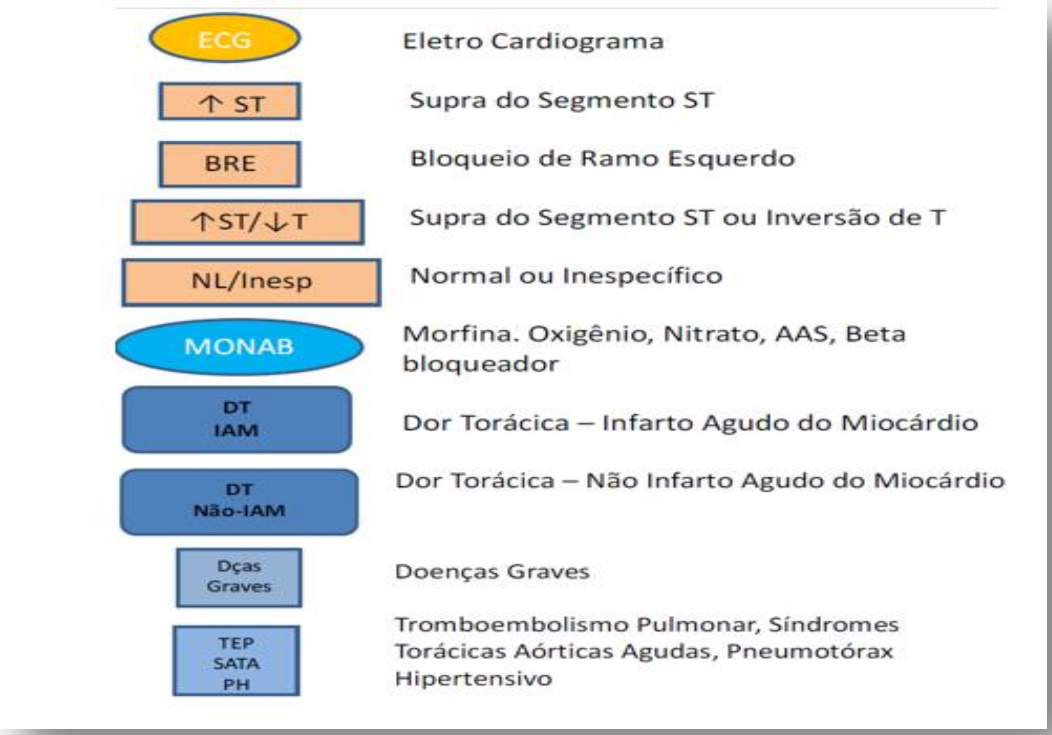
- Dor torácica cujas características sugerem SCA como principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico.
- Tipo C (dor provavelmente não anginosa)
- Dor torácica cujas características não sugerem SCA como a principal hipótese diagnóstica, porém há necessidade de exames complementares para excluí-la.
- Tipo D (dor definitivamente não anginosa)
- Dor torácica cujas características não sugerem SCA no diagnóstico diferencial etiológico.

Pode ser subdividida em:

D1= possíveis doenças graves com diagnóstico etiológico não determinado;

D2 = com diagnóstico etiológico determinado.

Figura 13.4.2-2 - Divisões da dor torácica



TRATAMENTO (Geral Imediato):

- Oxigênio a 51/min. Utilizar uma máscara ou cânula nasal objetivando saturação de oxigênio maior que 90%.

- Aspirina: Recomenda-se a utilização rotineira de aspirina (160 – 325mg) a todos os pacientes com IAM ou SCA.
- Nitroglicerina: SL para desconforto contínuo no peito, se a pressão arterial sistólica for maior que 90mmHg e não houver outras contraindicações. Dinitrato de isossorbida (isordil): administrar 5mg em intervalos de cinco minutos (dose máxima 15mg).
- Morfina EV: Utilizar doses de 2 a 4mg em intervalos de cinco minutos, se necessário, aos pacientes que obtiverem um completo alívio da dor com nitroglicerina ou nitrato.
- Betabloqueador EV: considere em pacientes estáveis com frequência entre 60 e 100 bpm. Contraindicações: sinais de ICC, FC < 60 ou > 100.
- Protocolo Insuficiência Respiratória /Broncoespasmo

Insuficiência Respiratória Aguda:

A – Falência súbita das funções do trato respiratório:

Ventilação – Tipo II

Oxigenação – Tipo I

A 1 – Causas:

Tipo I = Distúrbio V/Q (Pneumonias – TEP)

Alteração de difusão (Edema Agudo de Pulmão)

SHUNT (SDRA)

Tipo II = Depressão do drive respiratório

Doenças neuromusculares

Sobrecarga ventilatória (ASMA)

B – Quadro clínico

- Dispneia
- Cianose
- Alterações do nível de consciência
- Alterações hemodinâmicas
- Alterações da FR, uso de MM acessórios
- Doença de base

C – Diagnóstico laboratorial:

- Alterações da FR, uso de MM acessórios

D – Conduta:

- Oxigenioterapia
- Monitorização
- Acesso venoso
- Doença de base

E – Oxigenioterapia

- Máscara
- Cateter nasal
- Venturi
- Máscara com reservatório
- Ventilação mecânica (invasiva/Não invasiva)
- Broncoespasmo
- Pneumopatias obstrutivas
- Crise asmática
- Agudização do DPOC
- Fisiopatologia:
- Processo inflamatório crônico das vias aéreas
- Quadro clínico:
- Dispneia
- Tosse
- Sibilos
- Opressão torácica

TRATAMENTO:

A – Oxigenioterapia (se saturação de O2 < 90%)

Máscara, cateter nasal, venturi, com reservatório

B – Drogas broncodilatadoras inalatórias

Beta 2 adrenérgicos = Fenoterol, Salbutamol

Paras simpatolíticos = brometo de ipratrópio

C – Drogas broncodilatadoras sistêmicas

Aminofilina

Terbutalina

D – Anti-inflamatórios esferoidais

Parenterais = Hidrocortisona, Metil Prednisona

Orais= Prednisona

CONDUTA MÉDICA:

O2 se necessário, cuidado para pacientes DPOC com O2 com altas FiO2;

Fenoterol 2,5 mg = 10 gt (Máximo = 5 mg ou 20 gt)

Inalações seriadas 15/15 min

Nota: Nova avaliação clínica, senão ocorrer melhora: Associar ipratrópio 20 – 40 gts (250 – 500 mg); Inalações seriadas 30/30 min, 1 – 4 horas, Corticoide parenteral, Hidrocortisona após as 4 horas ou já a partir da primeira hora se necessário. Dose = 5 mg/kg

Aminofilina – Terceira linha. Dose = 5 mg/Kg, administrar EV em 30 minutos (Máximo = 250 mg ou 1 ampola)

Sulfato de magnésio (crise asmática grave). Dose = 2 g em 30/40 minutos (2 amp Sulfato Magnésio 10%)

Se receber alta:

- Prednisona 40 mg/dia por 7 dias; Inalações com Beta 2 agonistas 4/4 horas por 48 horas

Se necessário internar:

- Manter todas as condutas utilizadas pela OS.
- Se necessário Aminofilina, manter inicialmente em infusão 1268orticoi.
- Se não tiver resposta com as medidas acima, evoluir com alteração do nível de consciência, exaustão, instabilidade hemodinâmica, fadiga = cuidados de CTI.
- No atendimento da Agudização do DPOC nunca esquecer que a infecção é o principal desencadeante.

DPOC – Quando indicar antibioticoterapia?

- Piora da dispneia e alteração do escarro.

Quais antibióticos podem ser utilizados?

- Abaixo dos 65 anos e sem comorbidades = Amoxicilina
- Acima dos 65 anos e com comorbidades = Macrolídeos ou Quinolonas respiratórias.

- Avaliar caso a caso a necessidade e encaminhamento para melhor avaliação (exames, especialistas).

NOTA: Iniciar a primeira dose de antibiótico nas primeiras 4 horas. Medidas seriadas de Oximetria de pulso podem ser úteis para avaliar gravidade e resposta ao tratamento. A Sat O2 menor ou igual a 92% na admissão, está associada a maior morbidade e maior risco de hospitalização. Porém, uma medida isolada na entrada tem pouco valor para predizer internação hospitalar.

TRATAMENTO:

- A terapia inicial da crise asmática inclui inalação de broncodilatadoras de ação rápida, início precoce de corticoides e suplementação de oxigênio B2-agonistade
- Ação rápida.

A inalação com β2-agonistade ação rápida é indicada em todos os pacientes (a). Pelo risco de cardiotoxicidade recomenda-se o uso de β2 seletivo (salbutamol, levalbuterol, pirbuterol). Não existe nenhuma evidência sobre o uso de fenoterol. Apesar de não ser um β2 muito seletivo e estar relacionado a mais efeitos colaterais, na rede pública, este medicamento é o único β2 disponível. O uso de inalador dosimetrado com espaçador (MDI) é preferível à inalação com nebulizadores nos casos leves e moderados (RECOMENDAÇÃO B). Está relacionado a menor tempo no pronto atendimento e associado a menores efeitos adversos (taquicardia e A recomendação é a realização de 3 inalações com β2a cada 20-30 minutos. Depois disso, a frequência de administração varia de acordo com a melhora da crise e ocorrência de efeitos colaterais b) O início de ação do β2é em menos de 5 minutos. Administrações repetidas acrescentam broncodilatação.

Recomendações e Principais e Vidências

- Manejo das Crises Leves (PASS < 7) 1-3
- Oxigenioterapia (GRADE 1A) para manter saturação de oxigênio maior ou igual a 92%.
- Administração de ß2-agonista (GRADE 1 A) 2-10 jatos de 2/20min, individualizando a dose de acordo com a gravidade e a resposta do paciente a medicação.
- Para pacientes que não melhoraram depois da terapia com ß2-agonista ou com história de exarcebações frequentes, administrar 1269orticoids sistêmicos (GRADE 2 A) por 3 dias.
- Manejo Das Crises Moderadas (PASS 8-11) 1-3
- Oxigenioterapia para manter saturação de oxigenio acima de 92% (GRADE 1A)

- Administração de ß2-agonista (GRADE 1 A) 2-10 jatos de 20/20min, individualizando a dose de acordo com a gravidade e a resposta do paciente a medicação.
- Administrar corticoide sistêmicos (GRADE 1 A) na primeira hora.
- Administrar o brometo de ipratrópio se resposta pobre a uso inicial do ß2-agonista (GRADE 1 A) em forma de ataque de 4 a 8 jatos de 20/20 min, individualizando a dose de acordo com gravidade e resposta do paciente a medicação.
- Manejo Das Crises Graves1-3
- Oxigenioterapia para manter saturação de oxigênio acima de 92% (GRADE 1A).
- Administração de b2 agonista (GRADE 1 A) 2-10 jatos de 20/20min, individualizando a dose de acordo com a gravidade e a resposta do paciente a medicação.
- Se paciente grave, em corticoide de oxigênio inalatório, com queda de saturação na retirada da mesma para fazer a administração do ß2-agonista inalatório, corticoide nebulização do ß2-agonista
- Mantendo fluxo de oxigênio de 6 a 8 ml/min (GRADE 2B), caso não haja resposta terapêutica adequada na administração com espaçador mesmo mantendo cateter nasal.
- Administrar corticoides sistêmicos (GRADE 1 A) na primeira hora. Se impossibilidade de via oral, oferecer via venosa.
- Administrar o brometo de ipratrópio já no primeiro atendimento com cada dose do ß2 agonista. (GRADE 1 A), em forma de ataque de 4 a 8 jatos de 20/20 min, individualizando dose de acordo com gravidade e resposta do paciente a medicação.

Figura 13.4.2-3 - Conduta- Crise Asmática no Pronto Atendimento

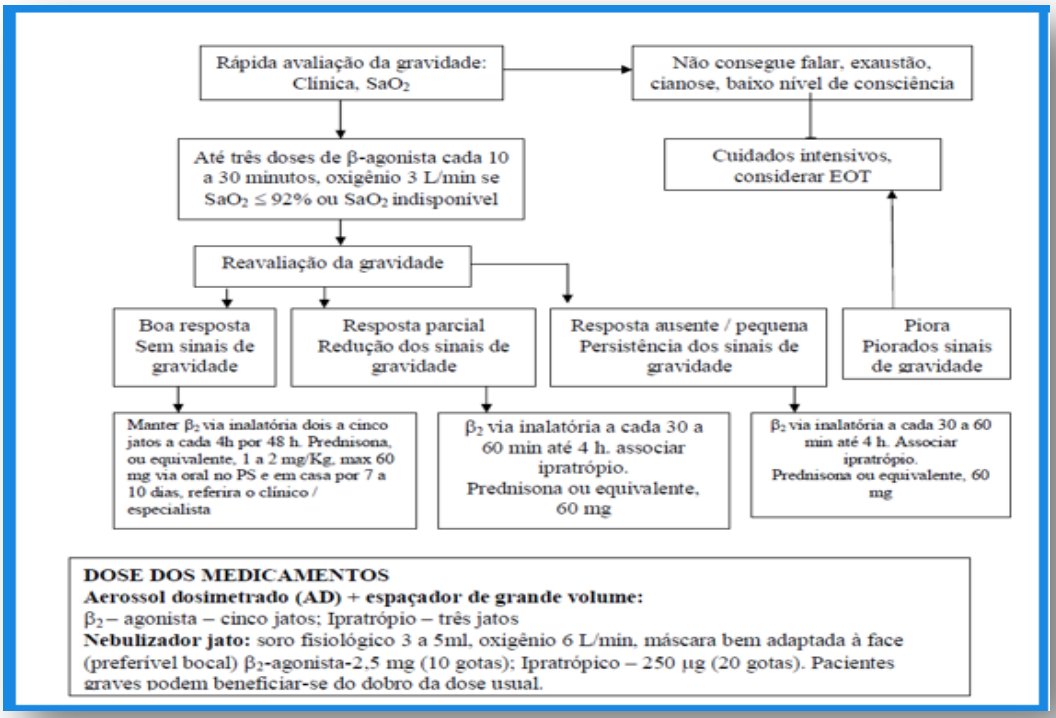
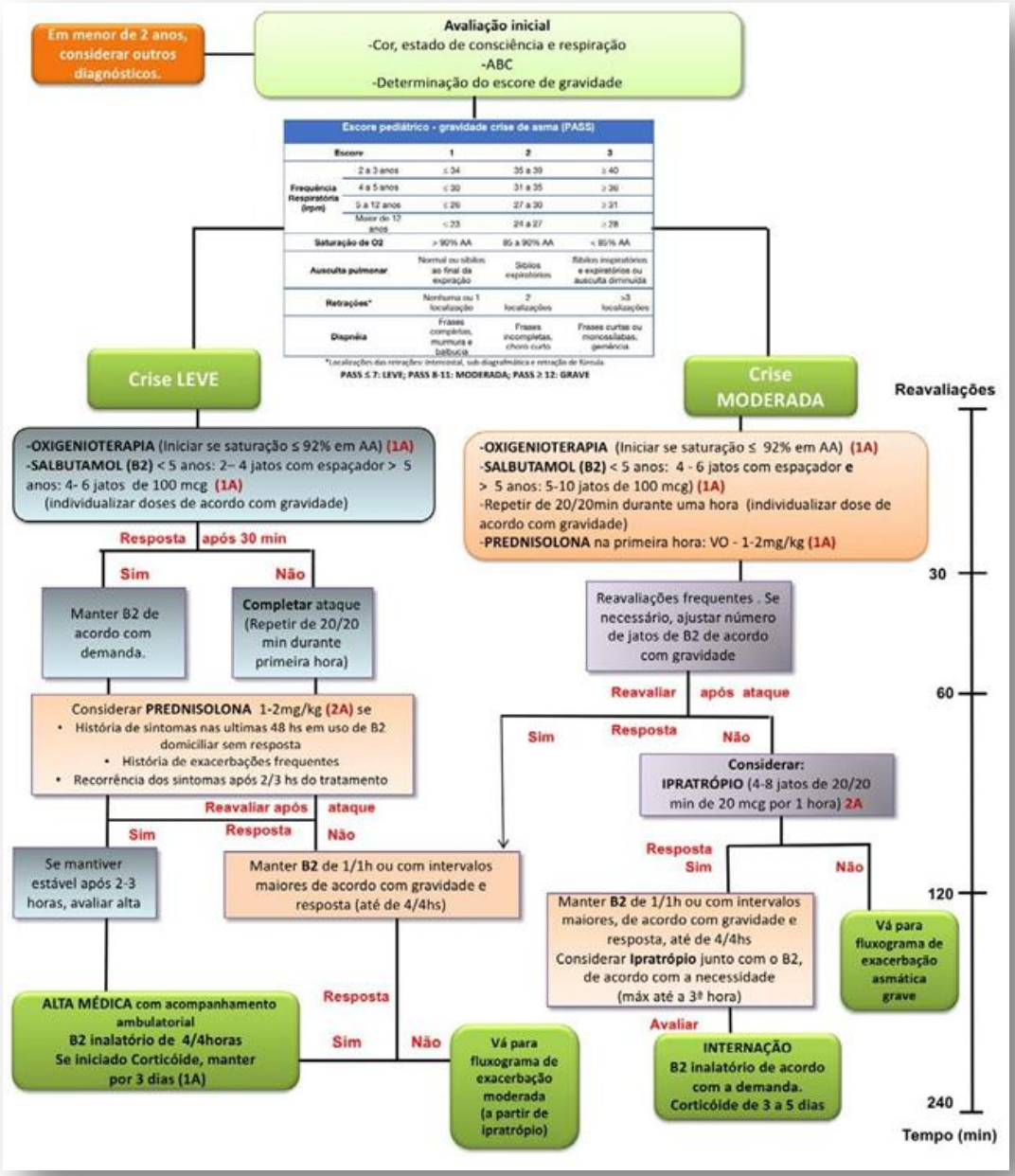
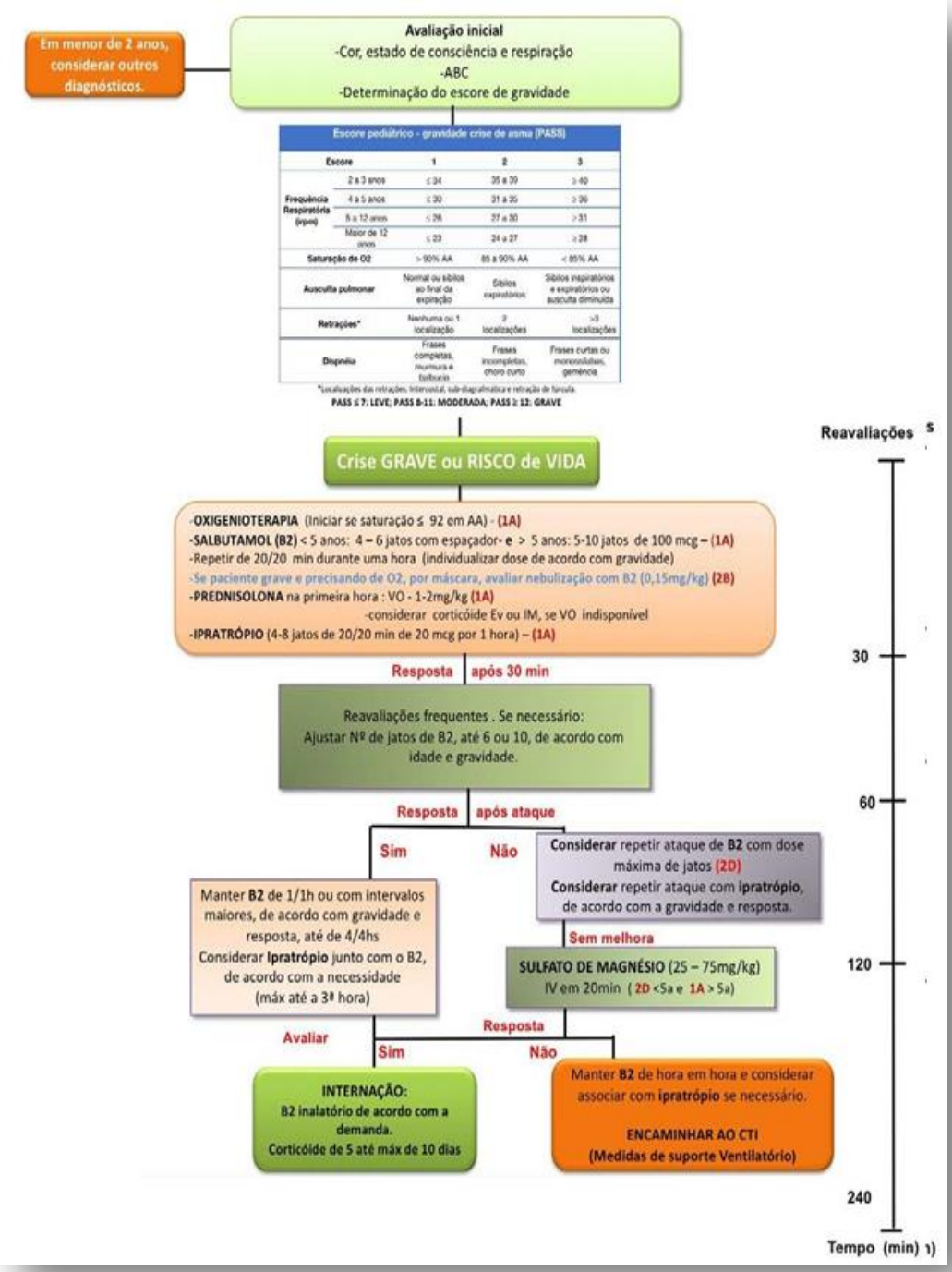


Figura 13.4.2-4 - Fluxo de Exacerbação Asmática Leve e Moderada




Em menor de 2 anos, considerar outros diagnósticos.
Avaliação inicial
-Cor, estado de consciência e respiração
-ABC
-Determinação do escore de gravidade
Escore pediátrico - gravidade crise de asma (PASS)
Escore
1
2
3
Frequência Respiratória (rpm)
2 a 3 anos
≤ 34
35 a 39
≥ 40
4 a 5 anos
≤ 30
31 a 35
≥ 36
6 a 12 anos
≤ 26
27 a 30
≥ 31
Maior de 12 anos
≤ 23
24 a 27
≥ 28
Saturação de O2
> 90% AA
85 a 90% AA
< 85% AA
Ausculta pulmonar
Normal ou sibilos ao final da expiração
Sibilos expiratórios
Sibilos inspiratórios e expiratórios ou ausculta diminuída
Retrações*
Nenhuma ou 1 localização
2 localizações
>3 localizações
Dispnéia
Frases completas, murmura e balbucia
Frases incompletas, choro curto
Frases curtas ou monossilábicas, gemência
*Localizações das retrações: Intercostal, sub-diagrafmática e retração de tiraola.
PASS ≤ 7: LEVE; PASS 8-11: MODERADA; PASS ≥ 12: GRAVE
Crise GRAVE ou RISCO de VIDA
-OXIGENIOTERAPIA (Iniciar se saturação ≤ 92 em AA) - (1A)
-SALBUTAMOL (B2) < 5 anos: 4 – 6 jatos com espaçador- e > 5 anos: 5-10 jatos de 100 mcg – (1A)
-Repetir de 20/20 min durante uma hora (individualizar dose de acordo com gravidade)
-Se paciente grave e precisando de O2, por máscara, avaliar nebulização com B2 (0,15mg/kg) (2B)
-PREDNISOLONA na primeira hora : VO - 1-2mg/kg (1A)
-considerar corticóide Ev ou IM, se VO indisponível
-IPRATRÓPIO (4-8 jatos de 20/20 min de 20 mcg por 1 hora) – (1A)
Resposta após 30 min
Reavaliações frequentes . Se necessário:
Ajustar Nº de jatos de B2, até 6 ou 10, de acordo com idade e gravidade.
Resposta após ataque
Sim
Não
Manter B2 de 1/1h ou com intervalos maiores, de acordo com gravidade e resposta, até de 4/4hs
Considerar Ipratrópio junto com o B2, de acordo com a necessidade (máx até a 3ª hora)
Considerar repetir ataque de B2 com dose máxima de jatos (2D)
Considerar repetir ataque com ipratrópio, de acordo com a gravidade e resposta.
Sem melhora
SULFATO DE MAGNÉSIO (25 – 75mg/kg) IV em 20min (2D <5a e 1A > 5a)
Avaliar
Resposta
Sim
Não
INTERNAÇÃO:
B2 inalatório de acordo com a demanda.
Corticóide de 5 até máx de 10 dias
Manter B2 de hora em hora e considerar associar com ipratrópio se necessário.
ENCAMINHAR AO CTI
(Medidas de suporte Ventilatório)
Reavaliações
30
60
120
240
Tempo (min)

13.4.3. Protocolo Crise Hipertensiva

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CRISE HIPERTENSIVA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

Pacientes com ou sem diagnóstico prévio de HAS podem apresentar episódios agudos, geralmente com pressão arterial sistólica (PAS) superior a 180 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) superior a 120 mmHg. Podem ser sintomáticos, dependendo do órgão primariamente acometido, estando o quadro clínico associado a síndromes vasculares agudas (infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico e síndromes aórticas) ou edema agudo de pulmão. Mais raramente, associa-se à encefalopatia hipertensiva (com alterações principalmente na fundoscopia e manifestações neurológicas) e à hipertensão maligna (igualmente com manifestações neurológicas e fundoscopia, mas acompanhada de perda progressiva da função renal).

NOTA: Em situações agudas e com sintomas, o tratamento deve ser com anti-hipertensivos de uso endovenoso.

Os sinais e sintomas dependem do órgão acometido:

- Sinais neurológicos focais
- Alterações visuais
- Congestão (edema agudo de pulmão)
- Dor torácica
- Insuficiência renal
- Insuficiência hepática

DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser baseado em pelo menos duas aferições de pressão arterial por consulta, em pelo menos duas consultas. IMPORTANTE: a divisão entre crise hipertensiva e HAS crônica é apresentada nesta linha de cuidado com nomenclatura simplificada para fins didáticos. HAS Crônica Consiste em uma condição clínica

multifatorial, geralmente não associada a sintomas, caracterizada por **elevação sustentada dos níveis pressóricos sistólicos ≥ 140 mmHg e/ou diastólicos ≥ 90 mmHg.**

- Semáforo da Pressão Arterial (PA) Sempre que possível, o diagnóstico de HAS deve ser estabelecido em mais de uma visita médica.
- Geralmente de 2 a 3 visitas com intervalos de 1 a 4 semanas (dependendo do nível de pressão arterial).
- O diagnóstico é feito em uma única visita se a PA do paciente estiver maior ou igual a 180/110 mmHg e houver evidência de doença cardiovascular.
- Sempre que possível, incluir a medição da PA fora do consultório, tanto para diagnóstico quanto para avaliação de pacientes com PA elevada com tratamento otimizado.

Pseudocrise hipertensiva:

Consiste no aumento acentuado da PA, mais frequentemente associado ao uso inadequado de anti-hipertensivos, sem haver lesão aguda de órgão-alvo. O tratamento anti-hipertensivo de uso crônico deve ser otimizado e as medidas não farmacológicas, reforçadas.

Efeito do avental branco:

É definido pela diferença de pressão entre as medidas obtidas dentro e fora do consultório. A diferença deve ser ≥ a 20 mmHg na PAS e/ou ≥ 10 mmHg na PAD. O efeito do avental branco não muda o diagnóstico; se o indivíduo é normotenso, permanecerá normotenso, e se é hipertenso, permanece hipertenso.

Contudo, pode alterar o estágio e/ou dar a falsa impressão de necessidade de adequações no tratamento. Rastreamento Recomendam-se, para todo adulto com idade ≥ a 18 anos, quando presente na Unidade de Atenção Primária para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros; se não houver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, verificar e registrar a PA.

O rastreamento:

Deve ser realizado por toda a equipe multidisciplinar.

Tratamento VO

• Diuréticos - Furosemide: 0,5 - 2 mg/kg/dose 1-2 x/dia - Hidroclorotiazida: 0,5 - 1 mg/kg/dia 1 x/dia - Espironolactona: 1 mg/kg/dia 1-2 x/dia

• Anlodipina 0,01 - 0,5 mg/kg/dia 1-2 x/dia

• Inibidor ECA - Captopril: 0,3 - 0,5 mg/kg/dose (neonato: 0,03 - 0,15 mg/kg/dose) 2 -3 x/dia - Enalapril: 0,08 - 0,6 mg/kg/dia 2 x/dia - Betabloqueador - Atenololol: 0,5 - 1 mg/kg/dia 2 x/dia - Propranolol: 1 - 2 mg/kg/dia 2-3 x/dia - Losartan: 0,75 - 1,5 mg/kg/dia 1 x/dia

• Clonidina: 0,05 - 0,1 mg/dose 2 x/dia

Emergência Hipertensiva

• Redução da TA ao longo de horas com medicação EV: - 25% primeiras 8-12 h - 25% nas 8-12 h seguintes - 50% em 24 h

• Clonidina - 0,5 mcg/kg/h (inicial) EV

• Nitroprussiato - 0,5 a 8 mcg/kg/min EV

• Esmolol - Ataque: 100 - 500 mcg/kg EV - Manutenção: 50 - 300 mcg/kg/min

• Hidralazina - Ataque: 0,1 - 0,6 mg/kg EV - Dose máxima 1,7 - 3 mg/kg/dia 4-6 x/dia

• Enalapril - Bolus 0,05 - 0,1 mg/kg/dose - Dose máxima 1,25 mg/dose

13.4.4. Protocolo Trauma

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ATENDIMENTO AO TRAUMA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

O trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas.

DIAGNÓSTICO:

Trauma Maior: Paciente que na classificação pré-hospitalar apresenta um ou mais dos critérios:

1. Parâmetros vitais: ECG < 14 ou deterioração neurológica; (PAS < 90; FR < 10 ou > 29) ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar.

2. Anatomia da lesão: Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdome, extremidades proximais ao cotovelo e joelho; Combinação de traumas ou queimaduras de 2º ou 3º graus; Suspeita clínica de instabilidade da pelve; Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos proximais (fêmur ou úmero); Paralisia de um ou mais membros; Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ou ao tornozelo.

3. Impacto violento: Ejeção do veículo; Velocidade do veículo superior a 60 km/h; Deformação externa superior a 50 cm; Intrusão da lataria superior a 30 cm; Capotamento do veículo; Morte de um ocupante do mesmo veículo; Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com velocidade superior a 10 km/h; Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com projeção à distância ou amputação traumática; Queda de motocicleta em velocidade superior a 40 km/h; Queda de motocicleta com projeção à distância, ou impacto secundário, ou amputação traumática; Queda de altura superior a 6 m; Remoção de ferragens com tempo superior a 20 min.

4. Condições clínicas de risco aumentado: Idade < 12 anos ou > 70 anos; Gravidez confirmada ou presumida; Doenças crônicas graves; Terapia com anticoagulante (CHIARA, 2009).

Trauma Menor;

1. Trauma menor é aquele que na triagem pré-hospitalar se enquadra em um ou mais dos critérios: Dados vitais normais o Fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve – moderada; Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível; Trauma torácico com dor leve sem dispneia;
2. Suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias; Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior
3. Traumatismo Abdominal Aberto Penetrante: Cursa com solução de descontinuidade da pele e ultrapassa a camada do peritônio. Traumatismo Abdominal Aberto Não Penetrante Cursa com solução de descontinuidade da pele e não ultrapassa o peritônio.

4. Traumatismo Abdominal Fechado: Não ocorre solução de descontinuidade e as lesões ocorrem por mecanismo indireto, podendo cursar com compressão e esmagamento/cisalhamento de vísceras abdominais; hemorragia; ruptura de órgãos e vasos abdominais além de lesões por desaceleração.
5. Traumatismo Cranioencefálico Aberto: Presença de uma solução de continuidade com a dura-máter.

ETIOLOGIA:

- Acidentes automobilísticos: atropelamentos e colisões
- Quedas o Acidente de recreação (jogos de contato, mergulho)
- Agressões interpessoais
- Ferimento por projétil de arma de fogo
- Ferimento por arma branca
- Lesão por corrente elétrica

Classificação de Risco por Prioridade:

A classificação de risco tem como finalidade identificar a prioridade clínica com que o paciente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até a observação médica. A escala de classificação, segundo o Protocolo de Manchester, é a seguinte

Figura 13.4.4-1 - Classificação de Risco

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	Emergência	Vermelha	0 min.
2	Muito urgente	Laranja	10 min.
3	Urgente	Amarelo	1h
4	Pouco urgente	Verde	2 h
5	Não urgente	Azul	4 h

DIAGNÓSTICO:

Avaliação Primária

- Avaliação primária do paciente com trauma maior deverá ocorrer conforme o protocolo de atendimento inicial do politraumatizado recomendado pelo ATLS.

- Reanimação frente a parada cardiocirculatória é realizada imediatamente após o diagnóstico. Avaliação primária e reanimação ocorrem simultaneamente, em uma sequência lógica de condições de risco à vida, conhecida como "ABCDE" (CHIARA, 2009).
- A avaliação ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition - Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição) é efetuada e esta avaliação primária em até 2 a 5 minutos. Tratamento simultâneo de lesões potencialmente fatais pode ser feito.

Figura 13.4.4-2 - Avaliação Primária no politrauma

Avaliação Primária no Politrauma: o *ABCDE*		
A	*Airway*	Via aérea
B	*Breathing*	Respiraçao
C	*Circulation*	Circulação
D	*Disability*	Disfunção neurológica
E	*Exposition*	Exposição

Vias Aéreas e Coluna Cervical

- Capacidade do paciente falar;
- Inspeção da cavidade oral, buscando possível obstrução da via aérea:
- Queda de língua,
- Presença de vômito, sangue, corpo estranho na cavidade oral,
- Trauma bucomaxilofacial,
- Queimadura extensa de face com acometimento da cavidade oral,
- A respiração tipo gasping, estridor laríngeo.
- Em obstrução real ou potencial de vias aéreas, fazer manobras para sua liberação:
- Aspiração,
- Anteriorização do mento,
- Posicionamento da cânula orofaríngea,
- Administração de oxigênio 10-12L/min em máscara com reservatório
- Intubação traqueal se necessário.
- Intubação via nasotraqueal no potencial trauma maxilofacial é contraindicada.

- Traqueostomia pode ser necessária em traumas faciais com fraturas graves de mandíbula e maxila.

Ventilação: Avaliação da ventilação se faz através da inspeção, percussão, palpação e ausculta do tórax. Os diagnósticos a serem buscados são:

- Pneumotórax hipertensivo
- Pneumotórax aberto
- Tórax instável
- Hemotórax maciço

Figura 13.4.4-3 -Alteração da Ventilação do Trauma

Alteração da Ventilação no Trauma	
Causa	**Conduta**
Pneumotórax hipertensivo	Toracocentese imediata e/ou toracotomia com drenagem torácica fechada
Pneumotórax aberto	Curativo de três pontos imediatamente (paciente não intubado)
	Drenagem torácica é tratamento definitivo
Tórax instável	Intubação e ventilação com pressão positiva
Hemotórax maciço	Toracotomia com drenagem torácica fechada
- Se ar sob pressão	Descompressão pleural
- Descompressão negativa ou resultar em sangue	Preferir Rx Tórax antes de qualquer outro procedimento

No manuseio do traumatizado o choque deve ser sempre considerado (e tratado), a princípio, como hemorrágico. Como sequência para exame deve-se:

- Pesquisar e controlar fontes de sangramento externo, mediante compressão;
- Puncionar dois acessos periféricos calibroso (14-16 G) e, na impossibilidade destes obter acesso central;
- Colher amostra de sangue para prova cruzada (lactato, Troponina no trauma cardíaco, BHCG para mulheres jovens);
- Em caso de choque, realizar reposição volêmica, utilizando solução salina (SF 0,9%, em bolus de 2000ml). Para cada ml de sangue perdido repõe-se 3ml de cristaloide isotônico. A hemotransfusão é somente indicada em caso de choque grau III e IV.
- Logo que se finaliza a infusão devem-se reavaliar os parâmetros hemodinâmicos classificando em adequada, transitória, ausente.

Avaliar possibilidade de:

- Choque cardiogênico;
- Choque obstrutivo causado por o Pneumotórax hipertensivo;
- Tamponamento cardíaco;

Choque neurogênico: Deverá ser tratado com infusão de volumes e drogas vasoativas.

Exame Neurológico

- O exame neurológico durante a avaliação primária é realizado:
- Classificando o paciente de acordo a Escala de Coma de Glasgow (ECG),
- Examinando a pupila (diâmetro e reatividade à luz),
- Motricidade dos membros.

Figura 13.4.4-4 - Escala de Coma de Glasgow

Escala de Coma de Glasgow		
Variáveis		Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhum	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece ao comando	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

A pontuação definitiva da ECG só é atribuída após manobras de reanimação com resolução dos problemas respiratórios e circulatórios. Devem-se conhecer os valores normais e a modalidade de classificação da ECG em crianças em idade pré-escolar pelas particularidades na maneira de se expressar e locomover.

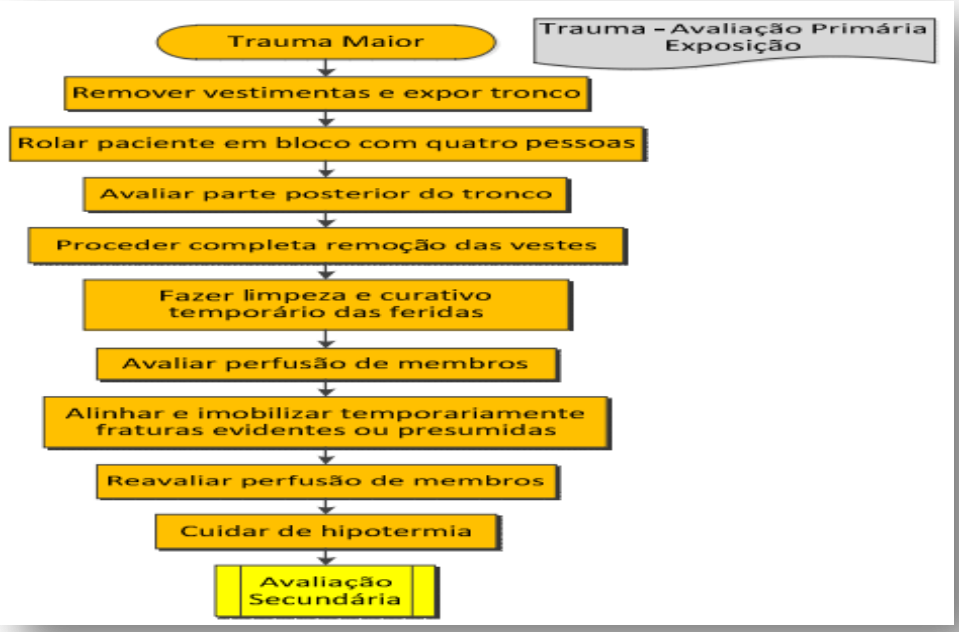
Classificação do Traumatismo Cranioencefálico	
TCE leve	ECG = 15 - 14
TCE moderado	ECG = 13 - 9
TCE grave	ECG < 9

A ECG que categoriza a gravidade do traumatismo craniano deve ser calculada na ausência de efeitos de fármacos sedativos (janela farmacológica de tempo suficiente para a eliminação do fármaco) e uma vez excluído o efeito de álcool ou drogas (GABBE, CAMERON, FINCH, 2003).

Exposição

Remoção de toda vestimenta é realizada na chegada, com exposição do tórax e membros superiores para avaliação, monitoramento e punção venosa. Durante este momento é realizada a rolagem em bloco para facilitar a remoção das vestimentas e realização do exame do dorso, que compreende a inspeção e palpação. Posteriormente, faz-se a limpeza e medicação temporária das feridas, posicionamento de talas e tutores ortopédicos e, por fim, o paciente é coberto com manta térmica para se prevenir a dispersão de calor.

Figura 13.4.4-5 - Trauma/Dor



Atendimento ao Trauma Esses exames são efetuados após a avaliação primária e antes da avaliação secundária, para identificar condições que rapidamente podem piorar e que requerem tratamento imediato, ou lesões que requerem aprofundamento diagnóstico de segundo nível.

Exames de Nível Primário	
Radiografia de tórax e pelve	
E-FAST (*Extended Focused Abdominal Sonography for Trauma*)	
Exames laboratoriais	Hemograma

Avaliação Secundária

Realiza-se a anamnese com o paciente (se cooperativo), com parentes e com pessoal do atendimento pré-hospitalar, seguindo o acrônimo AMPLE: (A, allergies) - alergias; (M, medications) - medicamentos usados; (P, past illness) - passado mórbido; (L, last meal) - última refeição; (E, events) - eventos precedentes ao trauma e relacionados ao ambiente.

O exame físico deve ser conduzido de modo sistemático, em sequência céfalo-caudal, completo, atentando-se para a região anatômica acometida.

Exames a Nível Secundário

São realizados após os exames de nível primário e ao término de estabilização do paciente:

Exames de Nível Secundário
Radiografia da coluna vertebral
Radiografia do restante do esqueleto e dos membros
Tomografia Computadorizada (TC)
Angiografia
Ressonância Nuclear Magnética (RNM) em casos específicos

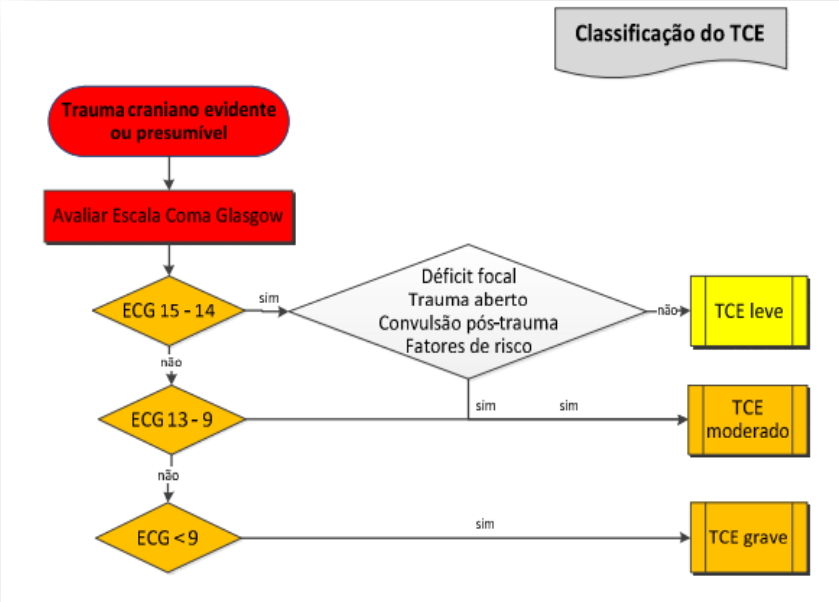
Classificação Do Trauma

Após a realização do exame secundário, o paciente será classificado de acordo com a região anatômica acometida para que o tratamento se torne seguro. Após esta classificação o tratamento deve iniciar de imediato.

Trauma Cranioencefálico (TCE)

Definido como trauma com transferência de energia mecânica ou cinética no crânio com alteração mesmo que mínima ou transitória do estado neurológico.

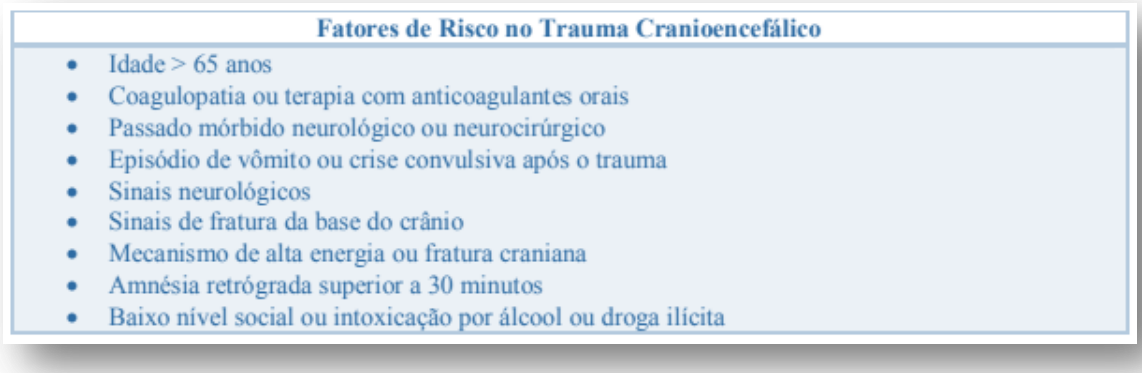
Figura 13.4.4-6 - Trauma Cranioencefálico



TCE Leve:

Figura 13.4.4-7 - Fatores de Risco no Trauma Encefálico

Classificar quanto à presença de fatores de risco e realizar TC de crânio se presentes.



TCE Moderado e Grave:

Realizar TC de crânio nos pacientes estáveis ou estabilizados. Repetir TC se:

- TC inicial for negativa – em 24h;
- TC inicial positiva para lesão em evolução (hematoma de alta a média densidade) – em 6h;
- O paciente apresentar hipotensão, ou fratura craniana, ou alteração de coagulação – em 12h;
- Casos de deterioração (perda de dois pontos na ECG ou um ponto na resposta motora, piora neurológica ou anisocoria) - sempre.
- Monitorar Pressão Intracraniana e a taxa de extração de O2 nos casos de TC alterada.

Trauma Maxilofacial (TMF)

Na suspeita de TMF, o exame complementar de escolha é a TC sem contraste. A radiografia padrão é reservada, quando possível (paciente acordado e cooperativo), para o diagnóstico das lesões isoladas dento-alveolar.

Trauma Oftalmológico

O paciente com trauma ocular será examinado pelo oftalmologista, inicialmente, com uma lanterna clínica em seu leito para observar lesão de continuidade no globo ou órbita e do reflexo pupilar. Após o exame ectoscópico, o paciente deverá ser conduzido, se possível, ao consultório oftalmológico para medida da acuidade visual com orifício estenopeico e o exame bi microscópico na lâmpada de fenda, que classificará o trauma quanto ao tipo, localização, extensão e a presença/suspeita de corpo estranho intraocular, além de aferir a pressão

intraocular para decidir se parte para a terapêutica ou se lança mão de exames complementares.

Trauma Raquimedular

Os exames complementares realizados no TRM são:

- Radiografia da coluna cervical, torácica e lombossacra, conforme nível suspeito de lesão;
- TC, se paciente estável, radiografia alterada e/ou na presença de déficit sensitivo/motor;
- RNM, para potencial lesão medular ou instabilidade evidenciada na radiografia ou na TC.

Trauma Torácico

O exame complementar fundamental é a radiografia de tórax que é integrada às informações obtidas no EFAST. Para de lesões visíveis na radiografia ou no ultrassom é oportuno fazer a TC.

Trauma Abdominal

O trauma abdominal deve ser classificado em um dos tipos:

Aberto:

- Penetrante: por arma branca ou por arma de fogo
- Não-penetrante.
- Fechado.

A condição hemodinâmica do paciente deve ser considerada e o caso ainda deve ser classificado em:

- Estável
- Instável.

Para diagnóstico do trauma abdominal, podem ser realizados os seguintes exames complementares:

- E-FAST
- Ultrassonografia convencional
- TC

- LPD

Trauma de Pelve

Segundo Chiara (2009), são duas as classificações de fratura de pelve atualmente utilizadas:

- Classificação de Tile, usada por ortopedistas para definir necessidade de estabilização definitiva;
- Classificação de Young e Burgess, baseada nos vetores de força aplicados à pelve, utilizada nos serviços de urgência para estabelecer a sequência de prioridades diagnósticas e terapêuticas.

Tipos de fraturas de pelve:

- Fraturas por compressão anteroposterior (CAP ou Tile B1) frequentes em acidentes com veículo automotor e por impacto anterior;
- Lesões com mecanismo de compressão lateral (CL ou Tile B2) por atropelamentos ou acidentes por veículo automotor com impacto lateral.
- As fraturas com vetor vertical ou vertical shear (VS ou Tile C), comuns em quedas de grandes alturas ou por acidente com veículo automotor, nos quais a vítima se encontra com os membros inferiores em extensão no momento do impacto.
- As fraturas CAP II e III, CL II e III e VS são consideradas instáveis, e como tal, são associadas à possível hemorragia retro peritoneal.
- Para o diagnóstico das lesões pélvicas, realiza-se o E-FAST e radiografia de pelve se houver:
- Presença de sangue na exploração digital do reto ou vagina pode indicar fratura exposta da pelve.
- A existência de déficit neurológico pode ser indicativa de lesão do plexo lombossacro

Quadro 13-1 - Critérios da Gravidade

1	ECG < 14 ou deterioração neurológica.
2	PAS < 90 (pelo menos uma medida no pré-hospitalar) e/ou outros sinais de má perfusão tecidual.
3	FR < 10 ou > 29 ou mecânica ventilatória que necessite intubação

	pré-hospitalar
4	Ferimento penetrante de crânio, cervical, torácico, abdome, extremidades próximas ao cotovelo e joelho
5	Combinação de traumas ou queimaduras de 2º ou 3º graus
6	Suspeita clínica de instabilidade da pelve
7	Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos próximos (fêmur ou úmero).
8	Paralisia de um ou mais membros.
9	Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ou ao tornozelo.
10	Sinais de impacto violento.
11	Crianças, gestantes, idosos e pacientes com doença crônica grave ou uso de anticoagulantes

Quadro 13-2 - Indicação de Internação

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO	
1	Traumatismo Cranioencefálico leve com fatores de risco e moderado e grave
2	Traumatismo contuso e penetrante
3	Paciente hemodinamicamente instável.
4	Pacientes com indicação cirúrgica de urgência
5	Paciente que será submetido à cirurgia ocular sob anestesia geral.
6	Presença de processo infeccioso no globo ocular ou órbita que

	necessite de antibioticoterapia endovenosa

TRATAMENTO / ATIVIDADES MÉDICAS ESSENCIAIS

O tratamento do paciente de trauma maior, após a estabilização hemodinâmica, restabelecimento das funções vitais e otimização da oxigenação e perfusão dos tecidos, depende diretamente da sua área de acometimento. Assim, para melhor entendimento o tratamento será divido por estas áreas.

Trauma Cranioencefálico E Facial

- **TCE Leve**

O paciente com trauma craniano leve, após a avaliação primária, é encaminhado para a observação sem a realização de exame complementar neurológico, na sala de emergência, na ausência de algum dos fatores de risco (McMAHON, YATES, CAMPBELL, 1999). A observação da vítima que não apresenta fator de risco pode ser de menor duração (3-6 horas).

Quadro 13-3 - Fatores de Risco no Trauma Encefálico

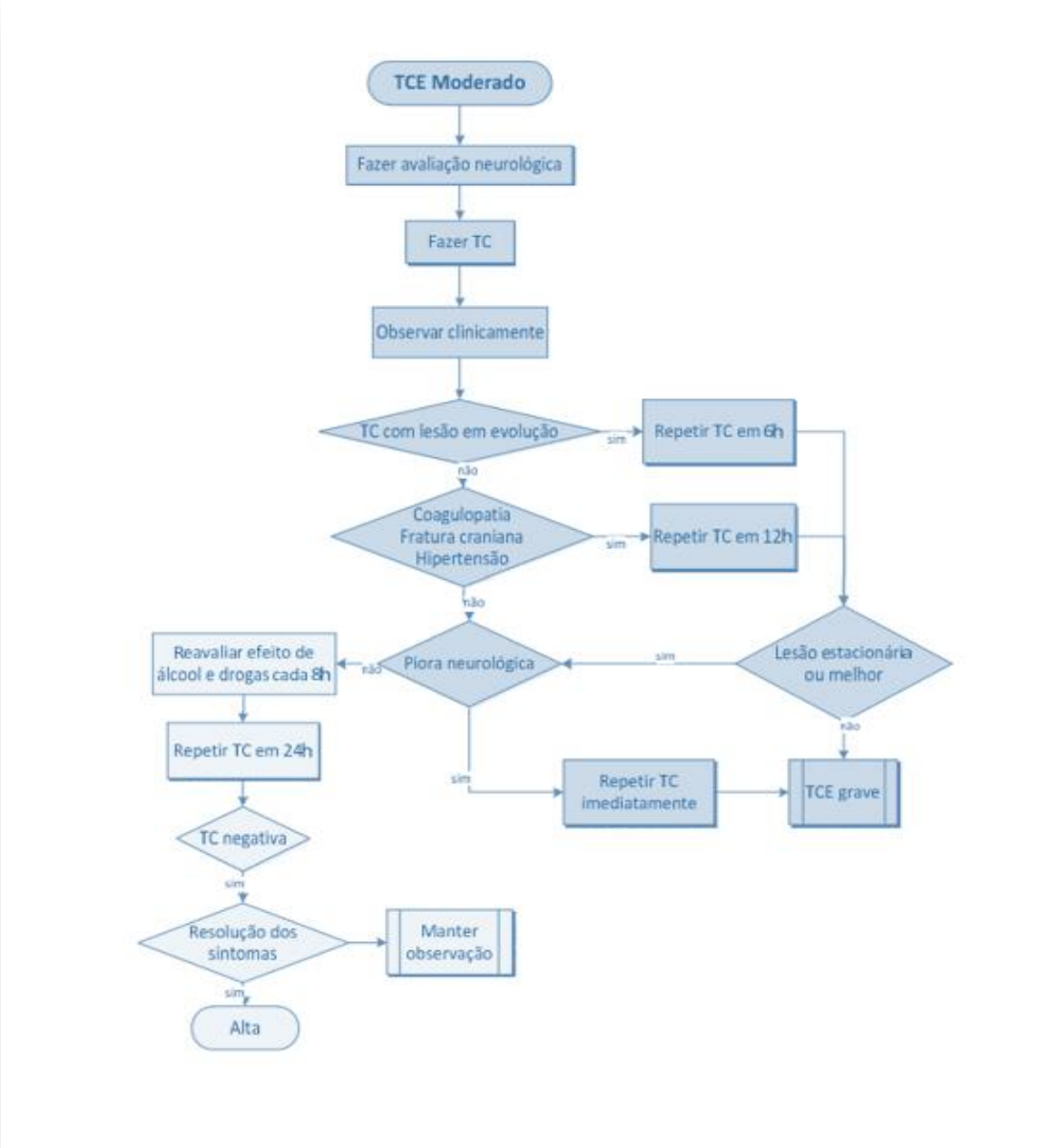
Fatores de Risco no Trauma Cranioencefálico
Idade > 65 anos
Coagulopatia ou uso de anticoagulante oral
Passado mórbido neurológico ou neurocirúrgico
Vômito ou convulsão após o trauma
Sinais neurológicos focais
Mecanismo de alta energia ou fratura craniana
Amnésia retrógrada > 30 min
Baixo nível social ou intoxicação por álcool ou outras drogas

O traumatismo craniano com ECG 15 ou 14, associado a fatores de risco, déficit neurológico focal, trauma aberto ou crise comicial pós-traumática é conduzido como TCE moderado.

- **TCE Moderado**

É um grupo heterogêneo de pacientes, alguns dos quais apresentam evolução similar àquelas dos traumatismos cranianos leves, ou então evoluem como traumatismo craniano grave.

Quadro 13-4 - TCE Moderado



- **TCE Grave**

No traumatismo craniano grave é indispensável reduzir ao mínimo a possibilidade de dano secundário, garantindo oxigenação e perfusão adequadas. Após realização da TC de crânio, o neurocirurgião avalia se há necessidade de intervenção cirúrgica e/ou monitoramento invasivo.

Se a craniectomia não é indicada, a TC deverá ser repetida como no traumatismo craniano moderado. Nos pacientes em coma e com lesão hemorrágica intracraniana que requerem reanimação volêmica significativa, a TC deve sempre ser repetida depois da estabilização.

- **Trauma Maxilofacial (TMF)**

As indicações de tratamento cirúrgico no TMF ocorrem quando há fraturas que apresentem desvios ou instabilidade.

Tem como princípios:

- Redução dos segmentos ósseos na sua posição anatômica;
- Produção da relação oclusal original;
- Estabelecimento de técnica de fixação que mantenha em posição o segmento ósseo fraturado e à oclusão até que a consolidação ocorra;
- Controle da infecção com antibioticoterapia precoce e anti-sépticos orais, até cicatrização das soluções de continuidade da mucosa oral;
- O tempo para correção da fratura pode ser variável dependendo das condições gerais do paciente, existência de outros procedimentos mais urgentes ou edema importante no foco de fratura, em média de 7 a 10 dias após o trauma.
- No TMF, em que há epistaxe, hemorragia da cavidade oral ou das partes moles, o tratamento consiste no tamponamento e, eventualmente e quando possível, a angiografia (BAILEY, 2001). O tamponamento nasal deve ser cuidadoso nos casos de epistaxe de origem traumática devido ao risco das fraturas de base de crânio estarem associadas. Em caso de urgência hemorrágica após trauma fechado de mandíbula, a redução e estabilização imediata temporárias da fratura com a aplicação de fio de aço em torno do colo de dois dentes dispostos ao lado da linha de fratura, controla a maioria dos sangramentos.

- **Ferida Por Arma de Fogo**

A avaliação inicial deve abordar as estruturas ósseas e das partes moles. A proteção das vias aéreas é indispensável, sobretudo na presença de envolvimento do terço médio da face. Nestes casos nem sempre é fácil a intubação oro traqueal e deve ser, portanto, prevista a

necessidade de uma traqueostomia ou cricotireoidostomia de urgência. O controle da hemorragia deve ser efetuado por compressão, eventualmente parking, e o melhor exame a ser feito é a TC da face sem e com contraste. Após deve-se evoluir para uma avaliação oftalmológica.

O planejamento das intervenções reconstrutivas deve ser efetuado após a aquisição de informações inerentes à extensão e a entidade do dano ósseo. A TC da face com cortes axial, coronal e reconstrução tridimensional (3D) permite a avaliação da lesão óssea e o planejamento terapêutico preciso. A estabilização por fixação interna é o primeiro passo para restaurar a estrutura óssea da face, recorrendo, eventualmente, ao enxerto ósseo, para recompor a perda de substância. Uma vez remodelada a estrutura óssea é realizada a reconstrução das partes moles (CHIARA, 2009).

- **Trauma Penetrante Cervical**

Nos casos de trauma penetrante isolado cervical, a coluna cervical é considerada estável e, portanto, não é indicado o posicionamento de colar cervical que, paradoxalmente, pode resultar num dano adicional. O algoritmo para a decisão é influenciado por três elementos representados por estabilidade hemodinâmica, presença de sinais fortemente sugestivos de comprometimento vascular ou aéreo-digestivo, sede anatômica da lesão.

A avaliação primária é efetuada segundo o esquema ABCDE necessitando de uma proteção precoce das vias aéreas, com intubação oro traqueal ou, nos casos de impossibilidade, com cricotireoidostomia. Devem ser identificados sinais de inadequação da ventilação, O controle da hemorragia deve ser realizado por compressão direta da sede de sangramento, evitando o uso de instrumental cirúrgico. A avaliação secundária se completa com a pesquisa de outros potenciais trajetos, em outras regiões do corpo. É oportuno, antes de realizar os exames radiológicos, evidenciar os trajetos cutâneos das feridas com marcadores radiopacos (eletrodos de ECG) que podem ajudar na identificação do trajeto realizado pelo projétil (CHIARA, 2009).

- **Trauma Raquimedular – TRM**

Todos os pacientes com trauma grave devem ser considerados, desde a cena até o hospital, como potencial portador de TRM até a completa avaliação diagnóstica clínico-radiológica.

O controle das vias aéreas, quando necessário, pode ser feito via nasotraqueal às cegas (se a 38 ventilação espontânea está presente), mediante sequência rápida de intubação orotraqueal mantendo o alinhamento cervical, ou com técnica cirúrgica (cricotireoidostomia). A escolha da técnica depende do cenário clínico e da experiência do médico atendente (CHIARA, 2009).

- **Paciente Acordado e Avaliável Clinicamente:**

A TC dirigida está indicada para melhor definir uma suspeita de lesão detectada na radiografia ou para aprofundar o estudo diante de uma sintomatologia inexplicável. Se uma TC de crânio está programada é oportuno estender o estudo até as primeiras vértebras cervicais no lugar da projeção TO.

Nos casos de dor e incapacidade funcional para a remoção do colar, apesar dos exames negativos, é necessário manter o colar cervical por 7-10 dias e fazer a terapia anti-inflamatória e mio relaxante para garantir a resolução da contratura muscular. Se depois desse período a dor persistir, está indicada à prova motora funcional em flexão e extensão ou a RNM para estudar eventuais lesões ligamentares com instabilidade (listese) vertebral.

Na presença de um déficit neurológico é sempre indicada a RNM que visualiza a medula e estuda cada tipo de lesão (seção, hematoma medular ou extradural, compressão por fragmento ósseo, herniação de disco, lesão ligamentar com listese e lesão vascular). A RNM recebe um caráter de urgência em casos de lesão medular incompleta ou progressiva e que pode indicar a necessidade de uma descompressão medular cirúrgica (KOIDE, 2003).

- **Paciente Não Avaliável Clinicamente:**

Nos pacientes em coma ou sem possibilidade de avaliação clínica é sempre indicado o estudo de toda a coluna. A região cervical é estudada com as radiografias tradicionais AP e LL integrada com o estudo tomográfico da porção occipital até C3, com reconstrução sagital e coronal.

Mesmo nos casos onde a TC é negativa, é aconselhável a RNM para excluir lesão ligamentar, assim como em todos os casos nos quais não ocorra o despertar dentro de 24 horas.

Ocorrendo o despertar de um coma e a possibilidade de avaliação clínica (dor em flexão ou extensão) deve-se manter, neste meio tempo, os procedimentos de imobilização (mesmo que ocorra evidente desconforto para a enfermagem ou possível atraso no tratamento de uma lesão).

- **Trauma Torácico**

No trauma de tórax, as condições de imediato risco de morte são causadas por lesão da via aérea alta, pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, tórax instável, hemotórax maciço e tamponamento cardíaco que devem ser identificadas e tratadas na fase de avaliação inicial. Todas as outras condições: pneumotórax simples, hemotórax simples, contusão pulmonar não

associada a tórax instável, fratura de esterno e costela, lesão traqueobrônquica, lesão esofágica, contusão cardíaca, lesão de grandes vasos e ruptura diafragmática pode ser diagnosticada sucessivamente com exames complementares apropriados e tratadas em tempo hábil.

Na lesão de via aérea alta com risco de obstrução da via aérea, o tratamento de urgência é representado pela intubação com ou sem auxílio fibrobroncoscópico, mesmo para lesões menores, sendo a manutenção do tubo traqueal, por 3-4 dias, o único tratamento necessário. Entretanto, nas lesões mais complexas, pode ser necessária uma traqueostomia de urgência para o controle da via aérea. Em tais casos, a reparação definitiva é dada mediante intervenção cirúrgica.

A contusão, laceração pulmonar e asfixia pós-traumática com insuficiência respiratória pode requerer assistência ventilatória, seja ventilação não invasiva (VNI) ou ventilação mediante intubação traqueal. No caso de pneumotórax ou hemotórax, mesmo pequenos, é melhor posicionar um dreno torácico para otimizar a expansão pulmonar. Na presença de atelectasia, a fibrobroncoscopia e o lavado bronco-alveolar podem incrementar o recrutamento alveolar para melhor ventilação. Nos traumas por esmagamento, o tratamento consiste no controle da via aérea e ventilação e na correção de eventuais outras lesões torácicas associadas. As lesões mais complexas requerem um tratamento cirúrgico com abordagem cervical com colar ou mediante toracotomia.

No tamponamento o tratamento inicial é representado pela infusão de líquidos. Os parâmetros do paciente são mantidos em equilíbrio, por um lado, com a infusão de líquidos, e por outro, com o esvaziamento do saco pericárdico através da janela pericárdica.

Na contusão cardíaca (hoje denominada com o termo de trauma fechado miocárdio) o tratamento consiste no monitoramento ECG e hemodinâmico em ambiente de terapia intensiva (CTI) ou semi-intensiva e a prevenção ou tratamento da Taquiarritmias (é preferível lidocaína ou um fármaco sem efeito inotrópico negativo como o diltiazem). No caso de choque cardiogênico é indispensável um suporte inotrópico (dobutamina associada a dopamina em caso de hipotensão) e, nos casos mais graves, um suporte mecânico mediante contra pulsação intra-aórtica com balão e drenagem, guiada por ultrassom, de um eventual derrame pericárdico.

A ruptura diafragmática deve ser reparada cirurgicamente, por via abdominal, devido a frequente coexistência de lesões associadas de órgãos intraperitoneais. As lesões dos vasos centrais devem ser corrigidas rapidamente através de intervenção cirúrgica.

- **Trauma Abdominal**

Paciente hemodinamicamente estável com trauma aberto por arma branca: o tratamento indicado é:

Se houver evisceração: não reduzir o conteúdo para o interior da cavidade abdominal. Proteger com compressas úmidas e preparar o paciente para a Laparatomia exploradora.

Sem evisceração: Encontrando sinais ao exame clinico e/ou estudo radiológico, ultracenográfico e tomográfico conforme algoritmo tal achados de lesões de tratamento cirúrgico, realizar Laparatomia exploradora.

- **Paciente hemodinamicamente estável com trauma aberto por arma de Fogo: Neste tipo de ferimento:** Se for penetrante: laparatomia exploradora.
- **Paciente hemodinamicamente estável com trauma fechado:** Se houver sinais de irritação do peritônio parietal: realizar Laparatomia Exploradora. Ausência de sinais de irritação parietal ou em casos de dúvidas: realizar radiografia de abdome e à radiografia de tórax para evidenciar ou não a presença de pneumoperitônio. Na presença deste deve-se seguir à Laparatomia. Caso não haja pneumoperitônio, prossegue-se com a realização de ultrassonografia de abdome para pesquisa de líquido livre na cavidade abdominal. E se não for encontrado líquido livre na cavidade abdominal, este paciente será mantido em observação.
- **Paciente hemodinamicamente instável com trauma abdominal penetrante:** Deve ser submetido à Laparatomia.
- **Paciente hemodinamicamente instável com trauma abdominal fechado:** Deverá ser submetido a US-FAST.
    - *US-FAST positivo:* o paciente deverá ser encaminhado à Laparatomia exploradora.
    - Negativo: a avaliação prosseguirá na tentativa do diagnóstico de outra causa de choque.

Realizar um lavado peritoneal diagnóstico (LPD).

- **Trauma de Pelve**

Na presença de fratura complexa da pelve, deve-se proceder com manobras de estabilização do anel pélvico ainda na sala de emergência:

A estabilização da CAP deve ser realizada com a aplicação de fixadores externos anteriores (FEA) nos tipos I-II e fixadores externos posteriores (FEP) no tipo III.

Nas lesões CL é indicado o posicionamento de uma faixa pélvica sem tensão, somente com a intenção de conter e imobilizar, para evitar o deslocamento de fragmentos, durante a manipulação do paciente.

As lesões VS devem-se efetuar o fechamento do anel pélvico com urgência, reduzindo e alinhando a hemipelve deslocada.

O tratamento nos pacientes com trauma da pelve está subordinado ao grau de instabilidade biomecânica da fratura pélvica e do comprometimento hemodinâmico do paciente. Depois de iniciada a avaliação, segundo a sequência ABCDE, realiza-se o E-FAST para a avaliação de um provável Hemoperitônio em função do qual se estabelece o seguinte percurso:

Hemoperitônio por lesão intra-abdominal: realizar Laparatomia exploradora;

Ecografia negativa ou Hemoperitônio não significativo para sangramento intra-abdominal: obter estabilização hemodinâmica com as manobras de redução e realizar uma TC com contraste.

- **Tratamento de lesões associadas e das fraturas expostas**

Na presença de uma lesão geniturinária, frequente nos casos de fratura com CL, o momento do tratamento varia em função do tipo da lesão e da estabilidade hemodinâmica.

- **Trauma Complexo das Extremidades**

A avaliação primária do paciente com trauma de extremidades segue a sequência ABCDE, anteriormente exposta. Durante as manobras de reanimação, particular atenção deve ser dispensada ao estancamento da hemorragia, esta deve ser contida por compressão manual direta, no ponto de sangramento, evitando a utilização às cegas de clampes vasculares e reservando o uso de torniquete apenas para os cotos de amputação. Em tais casos, o dispositivo deve ser insuflado a uma pressão não superior a 250 mmHg. Se o torniquete for aplicado na cena do acidente, deve ser mantido no lugar, durante a primeira fase de reanimação.

O paciente deve ser inspecionado, observando se a existência de abrasão, equimose, hematoma, solução de continuidade da pele, deformidade e assimetria dos membros. Deve ser avaliada a adequação da imobilização efetuada no local do trauma. Cada segmento esquelético, potencialmente lesado, deve ser mantido alinhado com o uso de talas.

Devem ser observados os sinais de potencial comprometimento vascular. Os pulsos centrais e periféricos são pesquisados antes e depois de eventuais manobras de redução e imobilização.

Nos casos de ausência ou hiposfigmia dos pulsos é necessário assegurar que a perfusão sistêmica esteja adequada. A avaliação da integridade da estrutura nervosa deve ser realizada examinando-se eventuais déficits sensitivos e/ou motores, antes e depois das manobras de redução. Devem ser avaliados o grau de contaminação das partes moles e a necessidade de debridamento. É necessário pesquisar o grau de exposição da fratura. As articulações devem ser examinadas a procura de luxação ou ferimento exposto. Deve sempre ser considerado o risco de desenvolvimento da síndrome compartimental no membro lesado.

Deve-se avaliar a integridade vascular para verificar se há necessidade de possível intervenção cirúrgica. O estudo radiológico da extremidade constitui, normalmente, o último passo da avaliação na sala de emergência. Em caso de fratura articular, o exame mais adequado é a TC da articulação.

Na presença de fratura exposta, a avaliação ortopédica deve ser o mais precoce possível. Na presença de destruição maciça do membro, envolvendo as partes moles, as estruturas vásculo-nervosas e o segmento esquelético, em geral, devido ao trauma fechado, esmagamento e amputação traumática, a estabilização do paciente deve ser precoce eficaz, representando um pressuposto para a decisão do tratamento definitivo.

O controle da hemorragia deve ser por compressão direta e o grau de comprometimento do membro deve ser quantificado. Na suspeita de lesão vascular, a angiografia ou a angio TC deve ser realizada.

A avaliação neurológica do membro é fundamental para o bom prognóstico e restituição da função. A decisão de realizar a amputação primária, no lugar de se tentar salvar o membro, deve ser rápida. As intervenções definitivas são realizadas após a recuperação da condição sistêmica do paciente e, uma vez resolvidos os problemas, com maior grau de prioridade. Nas feridas por arma de fogo a avaliação primária é realizada segundo a modalidade previamente exposta. A avaliação secundária prevê a inspeção das extremidades e a pesquisa de orifícios de entrada e saída, além do envolvimento de outras partes do corpo. É indispensável a avaliação da perfusão periférica e da sensibilidade e motricidade do segmento acometido. Na presença de suspeita de lesão vascular está indicada a exploração com hemostasia imediata, no caso de hemorragia no trajeto o hematoma em rápida expansão.

Quadro 13-5 - Critérios de Alta

CRITÉRIOS DE ALTA	
1	Trauma Oftalmológico:

	• Ferida ocular fechada e processo inflamatório/ infeccioso controlado.
2	Trauma Torácico: • Paciente estável hemodinamicamente. • Retirada do dreno de tórax. • Processo inflamatório/ infeccioso controlado. • Respiração adequada.
3	Trauma Abdominal: • Paciente estável hemodinamicamente. • Trânsito intestinal restabelecido. • Processo inflamatório/ infeccioso controlado.
4	TCE: • Paciente estável hemodinamicamente. • Processo inflamatório/ infeccioso controlado.

13.4.5. Protocolo Sepse Grave e Choque Séptico

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

A sepse é definida como presença de disfunção orgânica secundária a uma agressão infecciosa. Apresenta taxas elevadas de incidência e mortalidade; padronizar condutas baseadas em evidências científicas para a sepse, garantindo boas práticas assistenciais.

Os benefícios do protocolo são:

- Redução da mortalidade;
- Redução no tempo de internação hospitalar;
- Redução nos custos do tratamento;

- Retorno precoce do paciente a suas atividades habituais;
- Diferencial na qualidade do atendimento multiprofissional

DIAGNÓSTICO:

- Sepse deve ser suspeitada em todos os pacientes com quadro infeccioso.
- Equipe multidisciplinar deve estar atenta à presença dos critérios de resposta inflamatória sistêmica, que definem a presença de infecção.
- Temperatura central > 38,3º C ou < 36ºC;
- Frequência cardíaca > 90bpm;
- Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO2 < 32 mmHg;
- Leucócitos totais > 12.000/mm³ ou < 4.000/mm³ ou presença de > 10% de formas jovens.

NOTA: Para melhorar a especificidade da triagem dos pacientes no HCor, os critérios de SIRS foram definidos como: Temperatura central > 38º C ou < 35ºC; Frequência cardíaca > 100 bpm; Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO2 < 32 mmHg

- Nos pacientes com critérios de SIRS, a presença de disfunção orgânica define o diagnóstico de sepse.

As principais disfunções orgânicas são:

- Hipotensão
- Oligúria (≤0,5ml/Kg/h)
- Relação PaO2/FiO2 < 300mmHg
- Contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias
- Acidose metabólica inexplicável: déficit de bases ≤ 5,0 mEq/L e lactato > 2 vezes o valor normal
- Rebaixamento do nível de consciência
- Aumento significativo de bilirrubinas (>2X o valor de referência)
- O médico deverá avaliar o paciente e definir se há foco infeccioso (presumido ou confirmado). Se não houver suspeita clínica de infecção, o paciente não será incluído no protocolo.

- Se houver suspeita de infecção, o médico deverá definir se o diagnóstico é de sepse ou choque séptico.
- Se o médico afastar o diagnóstico de sepse ou choque séptico, o paciente não será incluído no protocolo.
- O mesmo ocorrerá se o paciente, independente do diagnóstico, estiver em cuidados paliativos.

Uma vez o médico confirmando que há sepse ou choque séptico, o paciente será incluído no protocolo, e a partir deste momento, se inicia a contagem de tempo para as metas terapêuticas:

- Colher o Kit Sepse* e 2 amostras de hemoculturas periféricas (além de outras culturas conforme o caso), em até 30 minutos;
- Prescrever a antibioticoterapia em até 30 minutos, no máximo;
- Administrar os antibióticos, após coleta de culturas, em até 30 min após a prescrição médica (no máximo 1h após o diagnóstico);
- Reposição volêmica agressiva precoce em pacientes com hipotensão ou lactato acima de 20 mg/dL.

TRATAMENTO:

<u>Pacote de 3 horas</u>

1. Colher lactato sérico.

   NOTA 7: O lactato (e SvO2 nos pacientes que já tem acesso central) deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório por quem estiver imediatamente disponível. O objetivo é obter esse resultado em menos que 30 minutos.

2. Colher duas amostras de hemoculturas, urocultura e cultura de todos os outros sítios pertinentes. Prescreva essa coleta, colocando horário, pois o momento da mesma deve ficar registrado no prontuário.
3. Coloque sempre a observação: colher hemocultura antes da administração de antibióticos.
4. Prescreva antibioticoterapia de amplo espectro.
5. Coloque o horário em que a mesma foi prescrita.
6. Entregue na mão da enfermeira do leito, que tem 30 minutos para administrar a medicação.
7. Pacientes com lactato alterado (acima de 20mg/dL) ou hipotensos (pressão arterial sistólica abaixo de 90mmHg, pressão arterial média.

Pacote de 6 horas

1. Caso a pressão arterial média (PAM) permaneça abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), iniciar vasopressores.
2. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos.
3. Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica.
4. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, o vasopressor pode ser iniciado mesmo em veia periférica, enquanto se providencia com urgência o acesso central.
5. A droga de escolha é a noradrenalina.
6. Os pacientes com choque séptico (enquanto em uso de vasopressor) devem ser monitorados com pressão arterial invasiva.
7. Continuar reposição volêmica, orientado por pressão venosa central (PVC) visando atingir o alvo terapêutico.
8. O paciente hipotenso, a despeito da otimização da reposição volêmica, e/ou com hiperlactatemia inicial, tem indicação de reavaliação do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais pela equipe médica, dentro das primeiras 6 horas de tratamento.

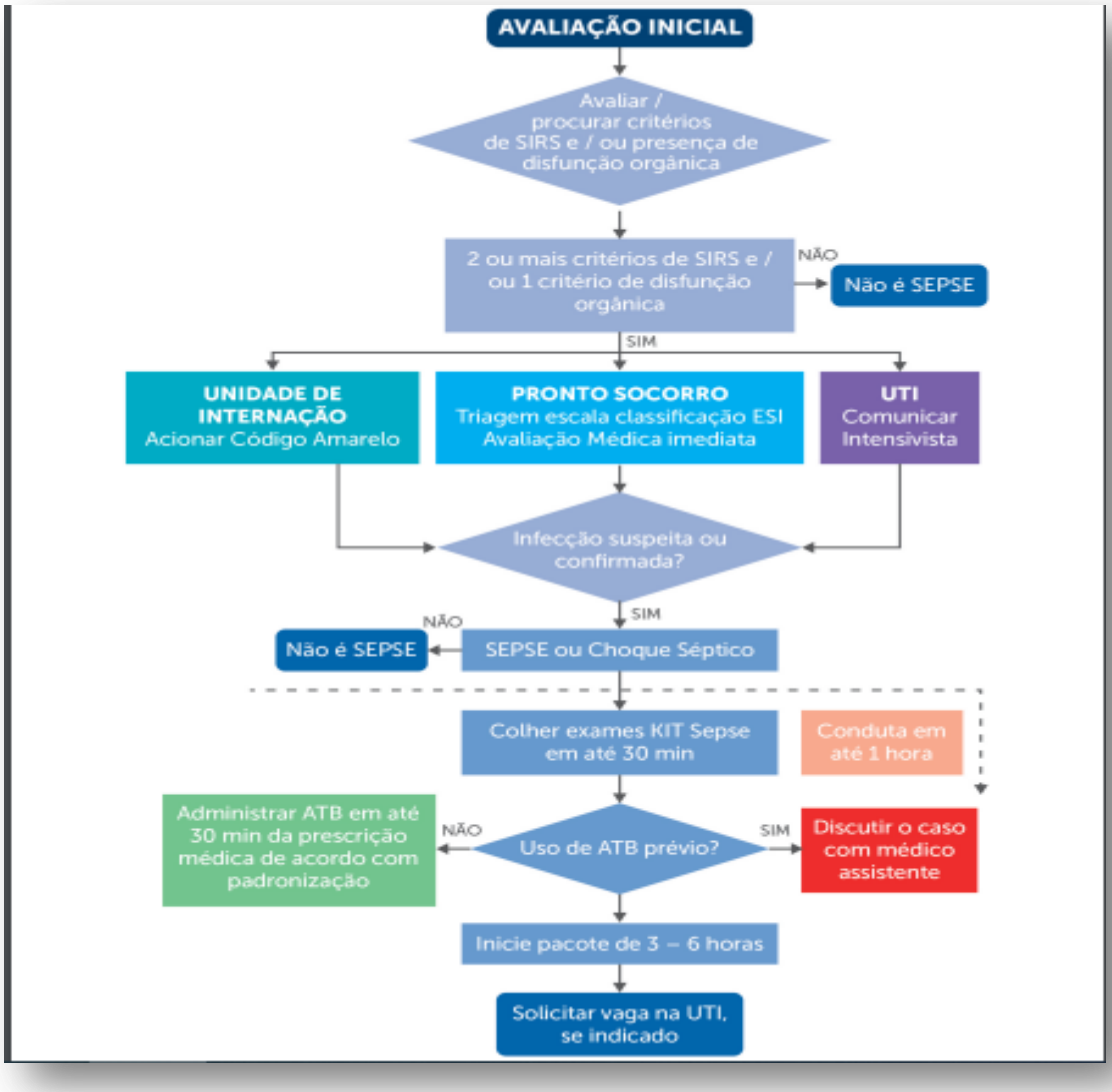
As seguintes formas de reavaliação poderão ser consideradas:

- Mensuração de PVC
- Variação de pressão de pulso
- Variação de distensibilidade de cava
- Elevação passiva de membros inferiores
- Qualquer outra forma de responsividade a fluídos
- Mensuração de SvO2
- Tempo de enchimento capilar
- Intensidade de livedo
- Sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese)

9. A SvO2 deve estar acima de 70 dentro de seis horas do diagnóstico.

10. Utilizar toda a estratégia de otimização descrita no fluxograma em anexo. Dela fazem parte à reposição volêmica, noradrenalina, dobutamina e, eventualmente, concentrado de hemácias.
11. Todos os pacientes com hemoglobina < 7,0 g/dl devem receber transfusão. Pacientes com hemoglobina < 9,0 devem receber dobutamina.
12. Caso a SvO2 continue abaixo de 70% após início de dobutamina, pacientes com hemoglobina 7,15, pois o tratamento dessa acidose é o restabelecimento da adequada perfusão. Nos pacientes com pH abaixo desse valor ela pode ser avaliada.
13. Somente em paciente com choque séptico refratário, pode-se avaliar a prescrição de hidrocortisona 50 mg 6/6 hs.
14. Caso o paciente esteja em ventilação mecânica, todos os esforços devem ser feitos para manter a pressão de platô abaixo de 30 cmH2O.
15. Deve-se usar estratégia para controle glicêmico de acordo com os protocolos institucionais, objetivando glicemias entre 110 – 140mg/dL.
16. Protocolo I – Choque séptico
17. Protocolo II – Sepse

Figura 13.4.5-1 - Fluxo de Sepse e Choque Séptico



6. Protocolo Edema Agudo de Pulmão

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	EDEMA AGUDO DE PULMÃO	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

Síndrome clínica que pode resultar de causas diversas. No entanto, as alterações fisiopatológicas finais são semelhantes e decorrem do acúmulo de fluídos nos espaços alveolares e intersticiais dos pulmões, resultando em hipoxemia, complacência pulmonar diminuída, trabalho respiratório aumentado e relação ventilação-perfusão anormal.

Quadro 13-6 - Classificação Etiológica

Classificação etiológica do edema agudo de pulmão	
I.	Causas hemodinâmicas • Insuficiência ventricular esquerda. • Obstrução da valva mitral (estenose mitral, mixoma de átrio esquerdo, trombose de átrio esquerdo). • Arritmias cardíacas. • Hipovolemia.
II.	Permeabilidade capilar alterada • Endotoxemia. • Infecção (viral, bacteriana) pulmonar. • Quase afogamento. • Aspiração pulmonar. • Anafilaxia. • Síndrome do desconforto respiratório agudo.
III.	Pressão oncótica do plasma diminuída
IV.	Excesso de pressão intrapleural negativa (Ré expansão de pneumotórax)
V.	Miscelânea • Neurogênico, após traumatismo craniano. • Edema pulmonar de altitude. • Embolia pulmonar.

Duas situações clínicas mais frequentes são reconhecidas, sendo a principal, a elevação da pressão hidrostática capilar em decorrência do aumento da pressão diastólica final do VE

durante a falência ventricular esquerda. Por isso, esse tipo de edema pulmonar é chamado de hemodinâmico ou cardiogênico.

O segundo mecanismo de edema pulmonar é o aumento da permeabilidade da membrana endotelial do capilar pulmonar, levando a um incremento do fluxo de proteínas do capilar para o espaço intersticial. Esse tipo de edema é chamado não cardiogênico.

Um terceiro mecanismo de edema pulmonar ocorre por redução da pressão oncótica do plasma. Entretanto, mesmo uma diminuição acentuada dessa pressão pode não ser acompanhada de edema pulmonar, a menos que exista, concomitantemente, moderada elevação da pressão hidrostática capilar.

DIAGNÓSTICO:

O denominador comum das situações de edema pulmonar hemodinâmico é o aumento da pressão hidrostática capilar que atinge níveis superiores à 25mmHg.Pequenos acúmulos de líquido provocam taquipneia, taquicardia e poucas crepitações grossas à ausculta pulmonar, como ocorre em pacientes portadores de insuficiência cardíaca prévia.

Avaliação Inicial

A avaliação inicial deve incluir uma história e um exame físico sucintos e alguns exames complementares. Em pacientes com quadro nitidamente emergencial, deve-se dar prioridade a uma pronta intervenção terapêutica em detrimento de uma história clínica detalhada e estudos diagnósticos demorados. Tais itens da abordagem nas emergências hipertensivas podem ser realizados a partir do momento em que o paciente estiver estável.

A história deve incluir duração e gravidade da hipertensão previamente existente, presença de lesão previa de órgão-alvo (insuficiente cardíaca, doenças coronarianas, insuficiência renal, doença cerebrovascular), uso de medicações anti-hipertensivas, grau de aderência ao tratamento e controle da PA, uso de outras substancias, como simpaticomiméticos ou drogas ilícitas e, principalmente, presença de sintomas específicos, sugerindo comprometimento de órgãos-alvo. Tais sintomas incluem dor torácica (isquemia miocárdica ou dissecção de aorta), dorsalgia ou lombalgia (dissecção de aorta), dispneia (insuficiência cardíaca – ICC), sintomas neurológicos focais, cefaleia, convulsões e alterações do nível de consciência.

Exame físico:

- Palidez

- Sudorese fria
- Cianose de extremidades
- Utilização da musculatura respiratória acessória com respiração superficial e ruidosa.

Exames Complementares

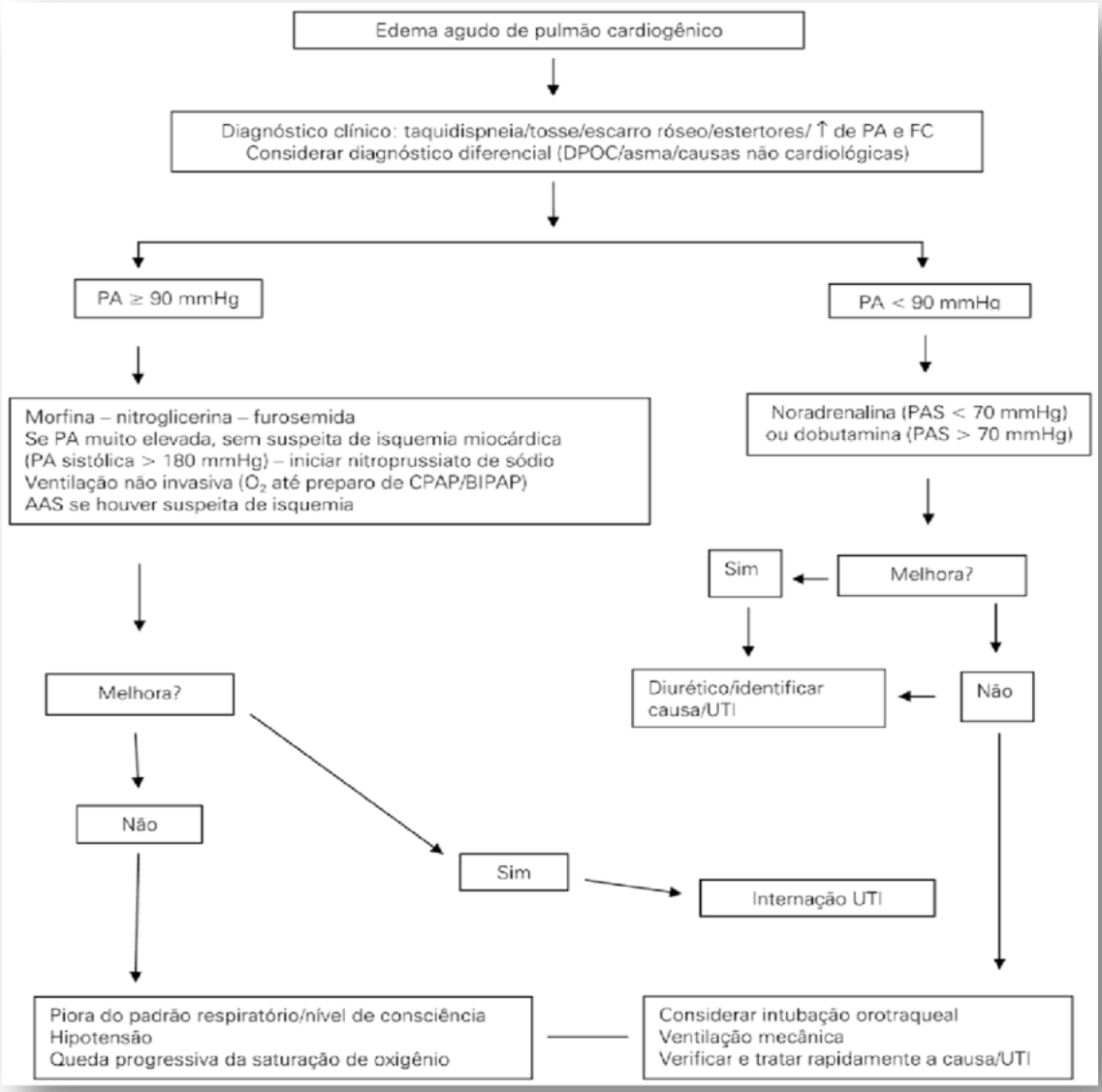
- ECG: avaliar alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia; arritmias; sobrecargas atriais e ventriculares que possam sugerir cardiopatias orovalvares ou hipertensão arterial sistêmica;
- Radiografia de tórax: Avaliar área cardíaca, campos pulmonares (detectando-se edema intersticial e/ou alveolar.
- Oxímetro de pulso.

TRATAMENTO:

As medidas fundamentais incluem:

- Oxigênio: Melhor administrado através de máscara facial com reservatório, podendo atingir fração inspiratória de oxigênio próximo a 100%.
- Vasodilatadores: O uso de nitratos sublinguais a cada 5 -10 minutos é de grande valor. Mediante PA sistólica > 90mmHg, pode-se utilizar nitroglicerina na dose de 0.3 a 0.5 microgramas/Kg/min. O nitroprussiato de sódio, na dose inicial de 0.1 microgramas/Kg/min, pode ser utilizado na ausência de resposta terapêutica com a nitroglicerina.
- Diuréticos de alça (Furosemida): Na dose inicial de 40 a 80mg IV têm efeito imediato por aumentar a capacitância venosa. Assim, esses diuréticos diminuem a pre-carga antes de induzir diurese. Morfina: na dose de 1 – 2mg administradas a cada 1 a 2 minutos atuam reduzindo a pre-carga, os reflexos pulmonares responsáveis pela dispneia e a ansiedade. A posição sentada é preferencial na abordagem do paciente em edema agudo de pulmão. Tal posição facilita a movimentação do diafragma pela ação da gravidade, diminuindo o trabalho respiratório. Ventilação mecânica invasiva e não invasiva (CPAP, BIPAP), se disponível.

Figura 13.4.5-2 - Fluxo de atendimento de edema agudo de pulmão



13.4.6. Protocolo Urgências e Emergências Urológicas

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	URGENCIAS UROLOGICAS	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

Priapismo: Ereção parcial ou total, com pelo menos 4 horas de duração, com início relacionada ou não a atividade sexual.

Classificação:

- Baixo Fluxo
- Alto Fluxo
- Intermitente (Stuttering priapism)

Priapismo De Baixo Fluxo: Tipo mais comum, sendo também muito doloroso e com maior tumescência.

Etiologias:

- Doença falciforme;
- Hemoglobinopatia de Olmsted;
- Talassemia;
- Leucemias;
- Policitemia;

Priapismo de Alto Fluxo: Tipo muito mais raro, pouco doloroso, com menor tumescência.

Etiologia:

- Trauma -> Fístula espongio canvernosa
- Mais comum: queda a cavaleiro
- Outros: coito, chute, fratura da pelve, lacerações por agulhas, procedimentos, infiltração metastática de tumores.

DIAGNÓSTICO

Exames Complementares:

- Gasometria
- US doppler (suspeita de alto fluxo)
- Arteriografia do pênis (muito invasivo)
- Ressonância magnética (raras indicações)

Diagnóstico Diferencial:

- Torção do cordão espermático;
- Torção de apêndice (testículo / epidídimo);
- Epididimite / orquite;
- Hérnia / hidrocele;
- Trauma / Abuso sexual;
- Tumor;
- Edema escrotal idiopático (dermatite, picada de inseto);
- Celulite;
- Vasculites (Henoch-Schonlein).
- Torção de Testículo

Classificação:

Extravaginal:

- Torção proximal da túnica;
- Período perinatal;
- Migração do testículo.

Intravaginal:

- Fixação anormal da túnica;
- Adolescência;
- Pode ser precipitada por congestão vascular ou traumas.

Quadro Clínico:

- Dor de início súbito, de grande intensidade
- Irradiada para região inguinal ou abdominal
- Precipitada pelo frio, movimento súbito, trauma
- Edema e hiperemia da bolsa testicular
- Náuseas e vômitos associados

Exame Físico:

- Sinal de Angel

- Posição horizontalizada do testículo contralateral.
- Sinal de Prehn
- Piora da dor com elevação do testículo afetado.
- Testis redux
- Elevação do testículo por contração cremastérica.
- Sinal de Rabinowitz
- Ausência de reflexo cremastérico.

Exames Complementares:

- US bolsa escrotal com doppler.
- Sensibilidade: 89,9%
- Especificidade: 98,9%
- Cintilografia testicular

TRATAMENTO:

Farmacoterapia intracavernosa:

- papaverina, Trimix, Bimix, Alprostadil, etc;
- Antipsicóticos: clorpromazina;
- Antidepressivos: trazodone;
- Drogas: cocaína;
- Doenças neoplásicas: pênis, uretra, próstata, bexiga, rins, testículos;
- Nutrição parenteral hiperlipídica;
- Pacientes em hemodiálise usando eritropoietina;
- Tratamento com heparina;
- Doenças neurológicas: trauma raquimedular;
- Anestesia geral ou local.

Tratamento – Isquêmico:

- Punção / Esvaziamento dos corpos cavernosos
- Lateral ao Corpo cavernoso (Scalp 19)
- Transglandar (Abocath 14)
- Lavagem dos corpos cavernosos
- Soro fisiológico
- Soro fisiológico 1L + 1 amp de adrenalina

- Simpatomiméticos
- Fenilefrina 100 a 200mcg/dose a cada 5-10 minutos repetidos até o máximo de 1000mcg

Tratamento – Não-isquêmico:

- Observação (resolução espontânea 60% casos)
- Gelo + compressão
- Embolização endovascular (coágulos autológos e géis absorvíveis)
- Ligadura cirúrgica direta (fístulas sinusoidais ou pseudoaneurismas)
- Escroto Agudo

Tratamento Médico:

- Exploração cirúrgica da bolsa scrotal
- Destorção do testículo
- Avaliação da viabilidade
- Fixação do lado afetado (quando viável)
- Orquiectomia (quando não viável)
- Fixação do lado contralateral (orquidopexia)

Quadro 13-7 - Tempo De Isquemia X Cirurgia

DURAÇÃO (horas)	**RECUPERAÇÃO (%)**
Menos de 6 horas	85 a 97%
6 a 12 horas	55 a 85%
12 a 24 horas	20 a 80%
Mais de 24 horas	< 10%

Conclusão: Exploração em até 6 horas.

- Torção Apêndice Testicular
- Dor escrotal

- Início súbito
- Dor no polo superior do testículo
- Sinal da mancha azul – "blue dot sign"

Tratamento conversador: AINE, analgésico.

Fratura Peniana

Epidemiologia:

- Rotura da túnica albuginea
- Espessura pênis flácido: 2mm
- Espessura pênis ereto: 0,5mm
- Geralmente ventral ou lateral (maior fragilidade)

Fatores desencadeantes

- Estados Unidos -> 94% coito
- Iran -> 69% taghaandan
- Tma de uretra associado
- 3% (Asia) a 20% (USA e Eur)

Quadro Clínico:

- Dor
- Estalido
- Detumescência
- Hematoma ("pênis em berinjela")
- Uretrorragia (lesão de uretra associada)

Exames Complementares:

- US: mais usado
- Cavernosografia: pouco usado
- Ressonância Magnética: maior acurácia

Tratamento Médico:

Cirúrgico:

- Desenluvamento do pênis
- Sutura da albugínea
- Reparo da lesão uretral (quando houver)

Conservador

- Raros casos.
- Gangrena de Fournier (Fasceíte Necrotizante)

Características:

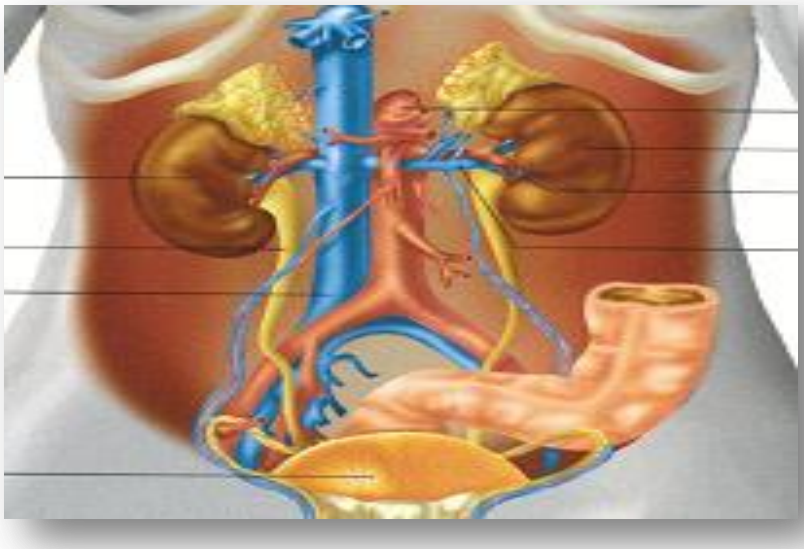
Quadro clínico variável

- Edema perineal
- Crepitação local
- Sepse
- Progressão rápida (2-3 cm/hora, fascia de Scarpa, Buck, Dartos)
- Mais comum em imunossuprimidos (DM, etilistas)
- Alta morbi-mortalidade
- Polimicrobiana

Tratamento:

- Antibioticoterapia largo espectro
- Debridamento precoce

Figura 13.4.6-1 - Trauma Renal



Traumas Genitourinários

Órgãos Acometidos – Trauma contuso:

Baço: 26%

Rim: 24%

Intestino delgado: 16%

Fígado: 15%

Parede abdominal: 1-3%

Diafragma: 1-3%

Mesentério: 1-3%

Pâncreas: 1-3%

Órgãos Acometidos – Trauma Penetrante:

Fígado: 37%

Intestino delgado: 26%

Estomago: 19%

Colon: 14%

Omento: 10%

Baço: 7%

Rim: 3-5%

Pâncreas: 3%

Duodeno: 3%

Diafragma: 2%

Quadro Clínico:

- Equimose em região lombar
- Massa palpável em flanco
- Fratura dos últimos arcos costais
- Lesão penetrante em flanco, hipocôndrios e região lombar
- Hematúria
- Instabilidade hemodinâmica
- Choque hipovolêmico

Exames Complementares:

- Tomografia computadorizada com contraste arterial e fase excretora

Outros:

- Urografia excretora
- Angiografia seletivas
- Pielografia retrógrada
- Ressonância magnética

Indicações de Tomografia Computadorizada:

- Ferimento penetrante de flanco ou dorso
- Hematúria macroscópica
- Hematúria microscópica e choque
- Mecanismo de trauma
- Crianças com hematúria – todos os graus

Classificação – Trauma Renal

Grau I: contusão ou hematoma subcapsular

Grau II: hematoma perirrenal, laceração cortical < 1 cm

Grau III: laceração cortical > 1 cm

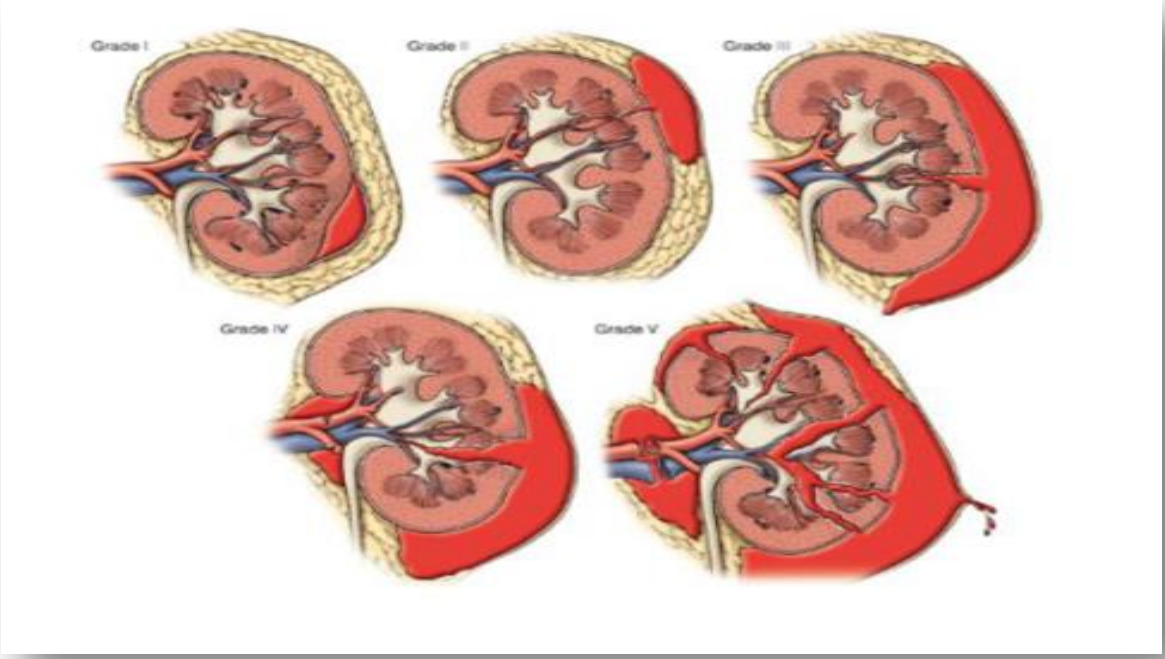
Grau IV:

- Lesão do sistema coletor
- Lesão segmentar da artéria ou veia renal c/ hematoma contido

Grau V:

- Rompimento renal
- Avulsão pedículo renal
- Trombose a. renal

Figura 13.4.6-2 - Trauma Renal



TRATAMENTO:

Grau I: conservador

Grau II: conservador

Grau III: conservador

Grau IV

- Hemodinamicamente estável: conservador
- Hemodinamicamente instável: cirurgia
- Lesão vascular: cirurgia / procedimentos endovasculares
- Lesão sistema coletor: duplo -J

Grau V: cirurgia (exceção: trombose a. renal)

Tratamento Conservador:

- Repouso
- Antibioticoterapia (se houver hematoma extenso ou extravasamento de urina
- Colocação de DJ)
- Casos selecionados
- Ht / Hb seriados
- Controle hemodinâmico
- Tomografias seriadas

Indicações Cirúrgicas – Absolutas:

- Instabilidade hemodinâmica
- Hematoma retroperitoneal pulsátil ou em expansão durante cirurgia (zona 2)

Indicações Cirúrgicas – Relativas:

- Extravasamento de contraste na fase excretora
- Duplo-J
- Tecido não-viável
- Estadiamento incompleto
- Trombose arterial
- Trauma renal contuso associado a lesões de outros órgãos

Tratamento Cirúrgico:

- Angiografia + embolização: estabilidade hemodinâmica e sangramento persistente
- Duplo J

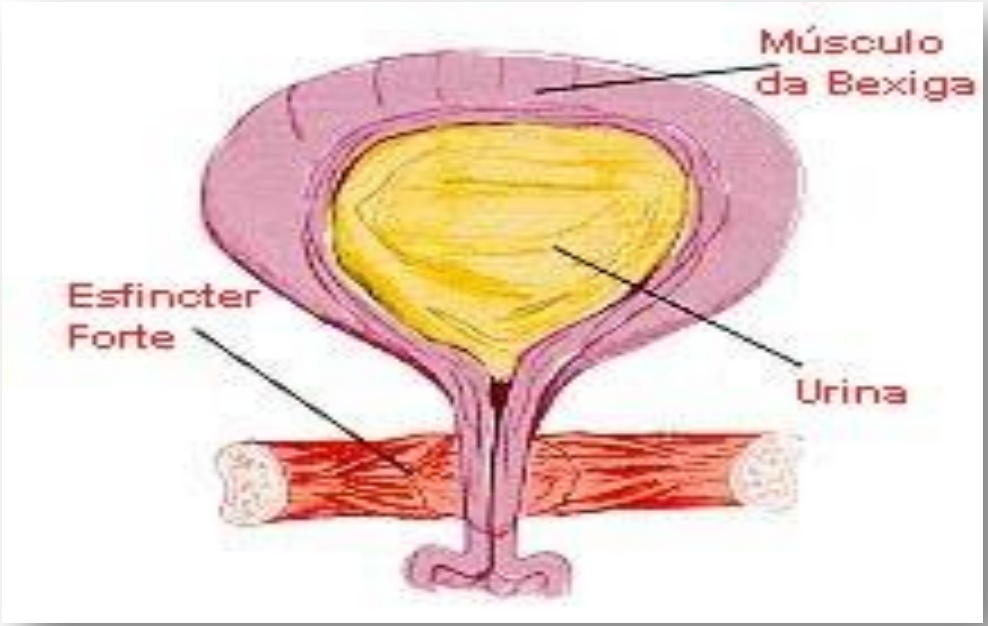
- Renorrafia
- Patch de omento
- Nefrectomia parcial
- Nefrectomia radical

Trauma De Bexiga

Mecanismo de Trauma:

- Ruptura extraperitoneal: Fratura de bacia -> distorção do anel pélvico -> lesão antero-lateral da bexiga
- Ruptura intraperitoneal: Trauma abdominal fechado, em hipogástrio -> lesão da cúpula atrogenias
- Procedimentos ginecológicos: cesáreas, histerectomia
- Procedimentos urológicos: sling, RTU de bexiga

Figura 13.4.6-3 - Trauma de Bexiga



Quadro Clínico:

- Dor abdominal
- Distensão abdominal
- Hematúria

- Anúria
- Aumento U e Cr séricos
- Equimose em baixo ventre e cristas ilíacas

Exames:

- Uretrocistografia (UCM)
- Cisto-tomografia
- Uro-tomografia (URO TC)

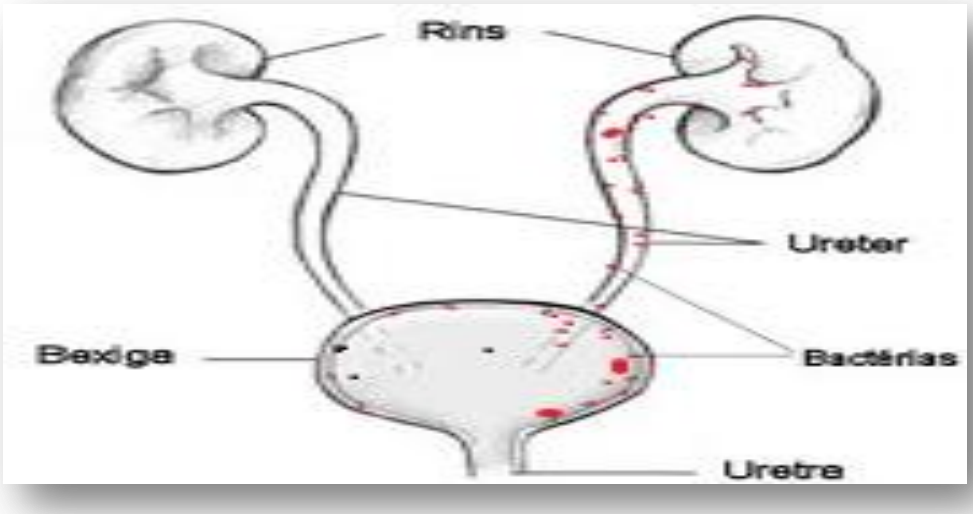
Classificação – Trauma Vesical

Grau I: hematoma, contusão intramural
Grau II: laceração da parede vesical < 2 cm extraperitoneal
Grau III: laceração da parede vesical > 2 cm extraperitoneal ou < 2 cm intraperitoneal
Grau IV: laceração da parede vesical > 2 cm intraperitoneal
Grau V: laceração estendendo-se até colo vesical ou trígono vesical

TRATAMENTO:

- Ruptura extraperitoneal: SVD
- Ruptura intraperitoneal: cistorrafia em 2 planos + SVD

Figura 13.4.6-4 - Trauma De Uretra



Mecanismos do Trauma:

- Uretra anterior: fratura peniana
- Uretra posterior:
- Bulbar: queda a cavaleiro, trauma de sondagem
- Membranosa: fratura de uretra

Quadro Clínico:

- Uretrorragia
- Hematúria
- Equimose perineal em asa de borboleta
- Retenção urinária
- TR: próstata elevada

Exames:

- Uretrocistografia (UCM)

Classificação – Trauma Uretral:

Grau I: contusão, uretrografia normal

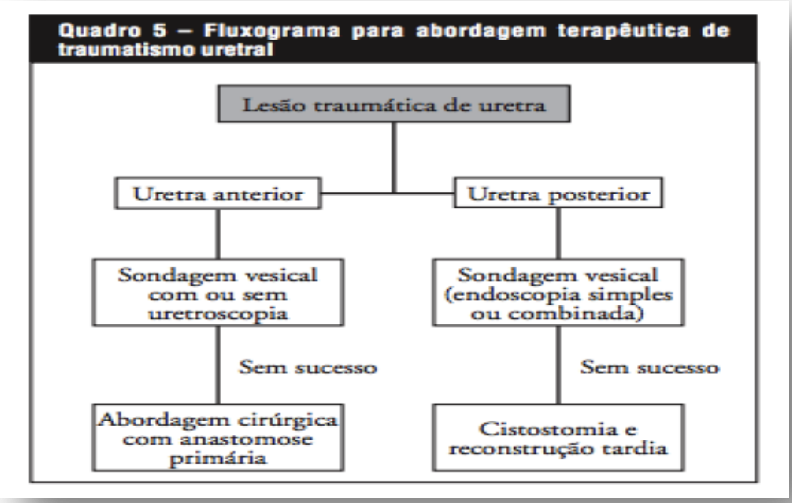
Grau II: estiramento, sem extravasar contraste

Grau III: ruptura parcial, extravasa contraste, contraste na bexiga

Grau IV: ruptura completa, <2cm, sem contraste na bexiga

Grau V: ruptura completa, >2cm

Figura 13.4.6-5 - Fluxograma para Abordagem Terapêutica de Traumatismo Uretral



TRATAMENTO:

Cólica Nefrética

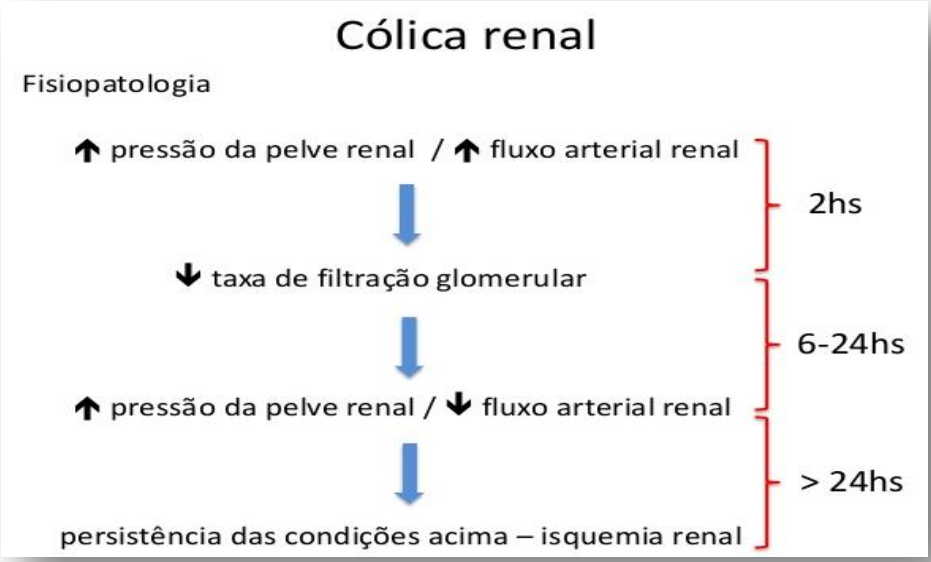
Sinais / sintomas:

- Dor lombar + flanco
- Irradiação para FI e escrotal/grandes lábios
- Náuseas e vômitos
- Leucocitúria
- Leucocitose
- Rx: cálculo ureteral
- US/TC: Cálculo + Hidronefrose

TRATAMENTO:

- Analgesia, hidratação.

Figura 13.4.6-6 - Cólica Renal



Pielonefrite Obstrutiva

Sinais / sintomas:

- Quadro clínico anterior
- Febre, Prostação, Giordano
- Leucocitúria
- Leucocitose
- Rx: cálculo ureteral
- US/TC: Cálculo + Hidronefrose + borramento de gordura perirrenal

TRATAMENTO:

- Duplo J (+ATB, suporte)

13.4.7. Protocolo Sangramento no Pós-Operatório

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	SANGRAMENTO POS OPERATORIO	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Sangramento e coagulopatia são eventos comuns no pós-operatório de cirurgia cardíaca, especialmente em procedimentos com uso de circulação extracorpórea.

DIAGNÓSTICO

Os principais determinantes incluem:

- Pré-operatório: cirurgia de urgência, uso de antiagregantes e anticoagulantes, uso crônico de corticoides, discrasias sanguíneas, hepatopatia, cirurgia prévia, idade avançada, insuficiência renal, infecção;
- intraoperatório: redução dos fatores de coagulação, fibrinólise, reversão inadequada da heparinização, uso excessivo da protamina, trombocitopenia, má técnica cirúrgica.

A melhor forma de monitorar o sangramento é a rigorosa observação do débito e do aspecto dos drenos mediastinais e pleurais nas primeiras horas após o ato cirúrgico, bem como o controle de hemoglobina, plaquetas e coagulograma seriados.

Na chegada do paciente à UTI, devem ser obtidas informações sobre a hemostasia na sala de cirurgia, dose de heparina, protamina, antifibrinolíticos e hemoderivados. O intensivista deve ficar atento para o diagnóstico precoce, o manejo adequado dos hemoterápicos e a definição do melhor momento para indicar abordagem cirúrgica. Não há consenso em relação à definição de débito excessivo dos drenos. Normalmente não excede 500 mL nas primeiras 24 horas. Caso o débito exceda 150 mL/h, sugere-se a rotina adotada na UTI pós-operatória do InCor/HC-FMUSP:

Medidas gerais: Manutenção da normotermia e equilíbrio metabólico;

TRATAMENTO

Tratamento inicial do sangramento:

- protamina 25 a 50 mg iv diluída em 100 ml de soro fisiológico em 20 minutos (apenas para sangramento no máximo após 4 horas da última dose de heparina);

Se o sangramento for maior que 150 mL/h, deve-se proceder da seguinte maneira:

- Coleta de coagulograma e plaquetas;
- Avisar a equipe cirúrgica do paciente;
- Desmopressina: opção terapêutica para sangramentos associados à uremia ou à disfunção plaquetária – dose 0,3 mcg/kg diluído em 50 mL de salina infundido em 15 minutos;
- Coagulograma demonstrando TTPa ou TP prolongados: plasma fresco 2 a 4 unidades; plaquetas < 100.000: transfusão de plaquetas 1 U/10 kg de peso;
- Sangramento persistente após infusão de plasma: transfundir plaquetas 1 U/10 kg independentemente da contagem pela disfunção plaquetária;
- Se o sangramento persiste após infusão de plasma e plaquetas: deve ser novamente avisada a equipe cirúrgica e realizados novo coagulograma, dosagem de fibrinogênio, produtos de degradação da fibrina, tempo de sangramento: se fibrinogênio < 100 mg/dL ou se TTPa persiste anormal apesar do plasma ou pacientes portadores de estenose aórtica: crioprecipitado 1 U/10 kg;
- Suspeita de fibrinólise: fibrinogênio baixo associado a aumento dos níveis dos produtos de degradação da fibrina especialmente em reoperações: ácido épsilon-aminocaproico 25 mg/kg IV em 1 hora, seguido por uma dose de 1 a g/h por 4 a 5 horas; ordenha dos drenos: deve ser realizada de hora em hora e na suspeita de obstrução por coágulos.

Indicação de Abordagem Cirúrgica

- Taxas de sangramento de 200 ml/h de 4 a 6 horas;
- Taxas de sangramento maior que 1.500 ml em 12 horas;
- Súbito aumento no débito dos drenos (300 a 500 ml);
- Suspeita clínica de tamponamento.

13.4.8. Protocolo Complicações Infecciosas no Pós-Operatório

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COMPLICAÇÕES INFECCIOSA POS OPERATORIA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

O aparecimento de complicações infecciosas no pós-operatório de cirurgia cardíaca está associado a altas taxas de morbidade e mortalidade. Infecção profunda da ferida operatória é uma complicação séria e dispendiosa, com taxas de mortalidade que variam de 15 a 20%, a despeito de terapêutica apropriada.

A obesidade é o principal fator de risco para o surgimento de deiscência esternal, com ou sem infecção, e após qualquer tipo de cirurgia cardíaca. Diabetes, utilização das duas artérias torácicas internas e a presença de insuficiência renal são outros fatores de risco comuns para o surgimento de infecção.

DIAGNÓSTICO

Tipos Comuns de Infecções no Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca

- Infecção da ferida operatória de retirada da veia safena;
- Arterite relacionada à cateterização arterial;
- Infecção da ferida esternal;
- Mediastinite.

Achados Clínicos/Laboratoriais

- Febre ou hipotermia;
- Hiperemia e/ou calor e/ou rubor na ferida;
- Drenagem de secreção pela ferida;
- Deiscência;
- Taquicardia/taquipneia;
- Instabilidade esternal;
- Leucocitose/leucopenia;
- Presença de coleções em exames de imagem.

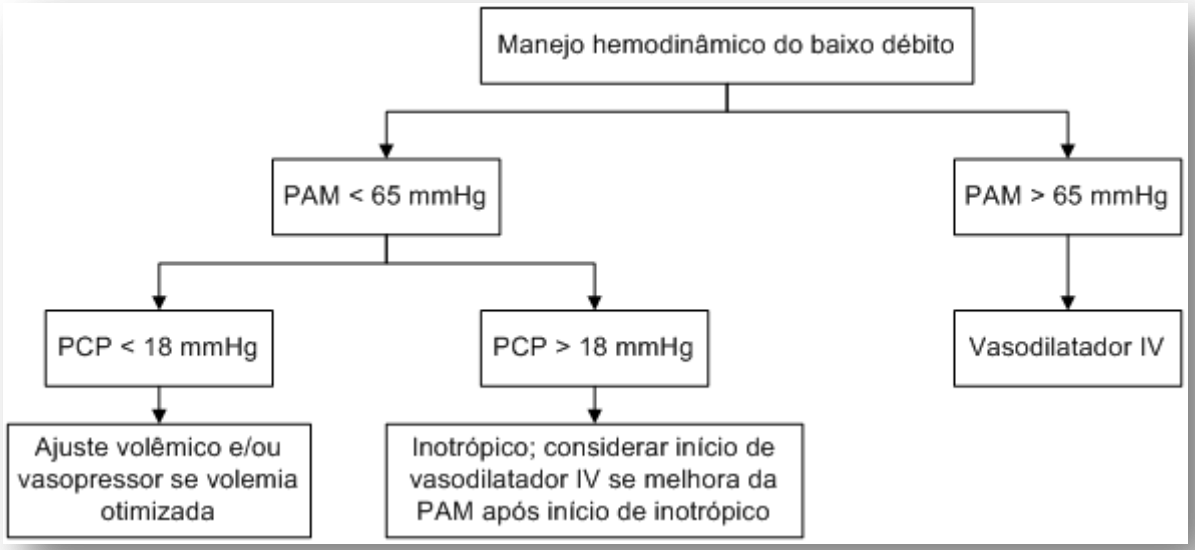
TRATAMENTO

A suspeita de presença de complicações infecciosas deve levar à rápida instituição de terapêutica apropriada.

Culturas, tanto de material da ferida quanto sanguíneas, devem sempre ser colhidas. Guiar antibioticoterapia conforme resultado de culturas sempre que possível, ou de acordo com o perfil de organismos patogênicos da instituição, quando não for possível o isolamento do agente causador.

Frequentemente, é necessário associar terapêutica cirúrgica (drenagem, desbridamento, ressecção esternal e/ou outros) para o adequado tratamento dessa grave intercorrência pós-operatória.

Figura 13.4.8-1 - Fluxo de complicações pôs operatória



13.4.9. Protocolo Complicações Neurológicas

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COMPLICAÇÕES NEUROLOGICAS	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Acidente vascular cerebral é a mais grave e temida complicação neurológica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. O desenvolvimento de AVC no pós-operatório da cirurgia de revascularização do miocárdio varia de 0,8 a 5% nos diferentes estudos. A maioria dos eventos ocorre nos primeiros dois dias após a cirurgia.

É importante ressaltar que muitos desses eventos têm apresentação silenciosa, em decorrência de microembolização, contribuindo para a disfunção cognitiva em longo prazo.

DIAGNÓSTICO

Entre os principais fatores de risco, destacam-se:

- História de doença cerebrovascular;

- Doença arterial periférica;
- Diabetes;
- Hipertensão;
- Reoperação;
- Cirurgia de urgência;
- Circulação extracorpórea prolongada;
- Politransfusão;
- Idade > 70 anos;
- Doença ateromatosa em aorta ascendente;
- Manipulação da aorta ascendente;
- Fibrilação atrial pós-operatória;
- Valvas metálicas.

Também são transmitidos:

- Ataque isquêmico transitório,
- Hemorragia intracerebral ou subaracnoide, abscesso cerebral,
- Meningite
- Encefalopatia tóxica,
- Embolias cirúrgicas clinicamente silenciosas ocorrem adicionais em 35-60% dos pacientes com EI.
- Encefalopatia relacionada à sepse, definida por confusão aguda ou delírio, com vários níveis de consciência, também pode contribuir para as manifestações neurológicas de EI.

TRATAMENTO

O impacto das alterações neurológicas sobre a morbidade e a mortalidade dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca pode ser muito importante, já que essas alterações podem levar a estado de coma, sequelas permanentes e até mesmo óbito.

Complicações neurológicas são ocorrências comuns na endocardite infecciosa (EI), presentes em 15-30% dos pacientes.

A apresentação clínica é variável e pode incluir vários sintomas ou sinais, embora os sinais focais sejam predominantes e os acidentes vasculares isquêmicos exibidos com mais frequência.

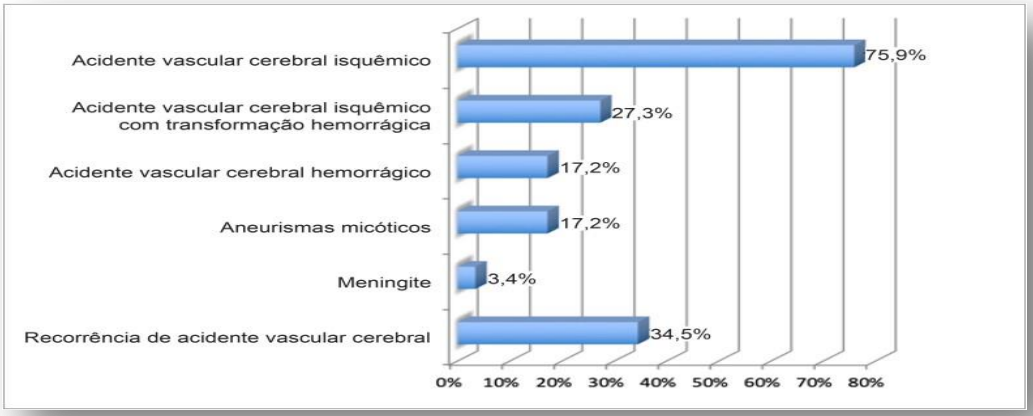
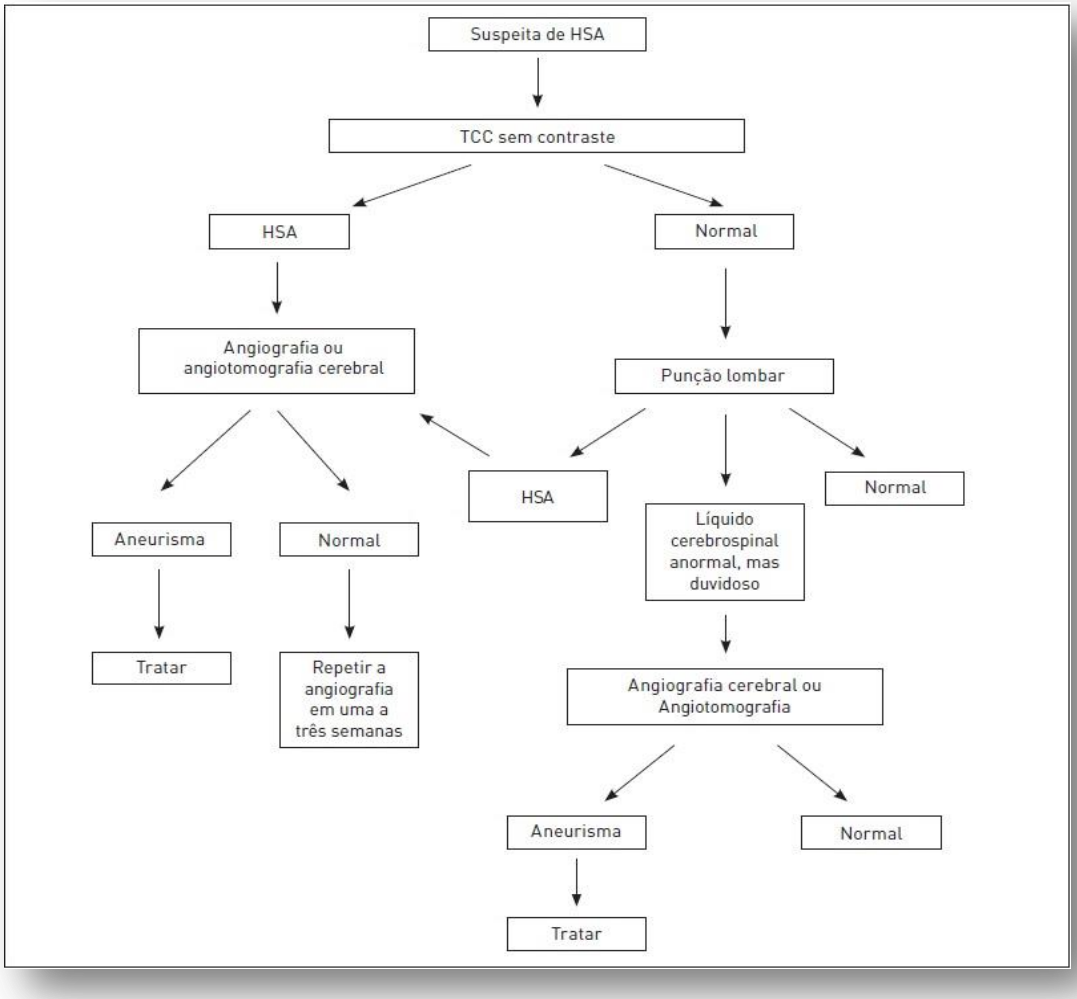


Figura 13.4.9-1 - Fluxo de Complicações Neurológicas



13.4.10. Protocolo Intubação em Situações Especiais

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	INTUBAÇÃO EMSITUAÇÃO ESPECIAL	**/ /2023**	**/ /2023**

Responsável:

- Equipe Médica
- Intubar pacientes em situações especiais com menor risco de PCR.

Material Necessário

Material descartável (seringas, agulhas, gelcos, equipos de soro), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (estetoscópi o, tensiômetro, monitor cardíaco, desfibrilador, respirador, oxímetro de pulso, laringoscópio)

DIAGNÓSTICO

Principais Atividades

- Paciente Hipovolêmico
- Lidocaína 1 – 2 mg/kg IV
- Ketamina 1 – 2 mg/kg ou Etomidato 0,2 mg/kg
- Succinilcolina 1 – 2 mg/kg ou Atracúrio 0,5 mg/kg
- Paciente com TCE
- Lidocaína 1 – 2 mg/kg IV
- Tiopental 5 mg/kg
- Succinilcolina 1 – 2 mg/kg ou Atracúrio 0,5 mg/kg

TRATAMENTO

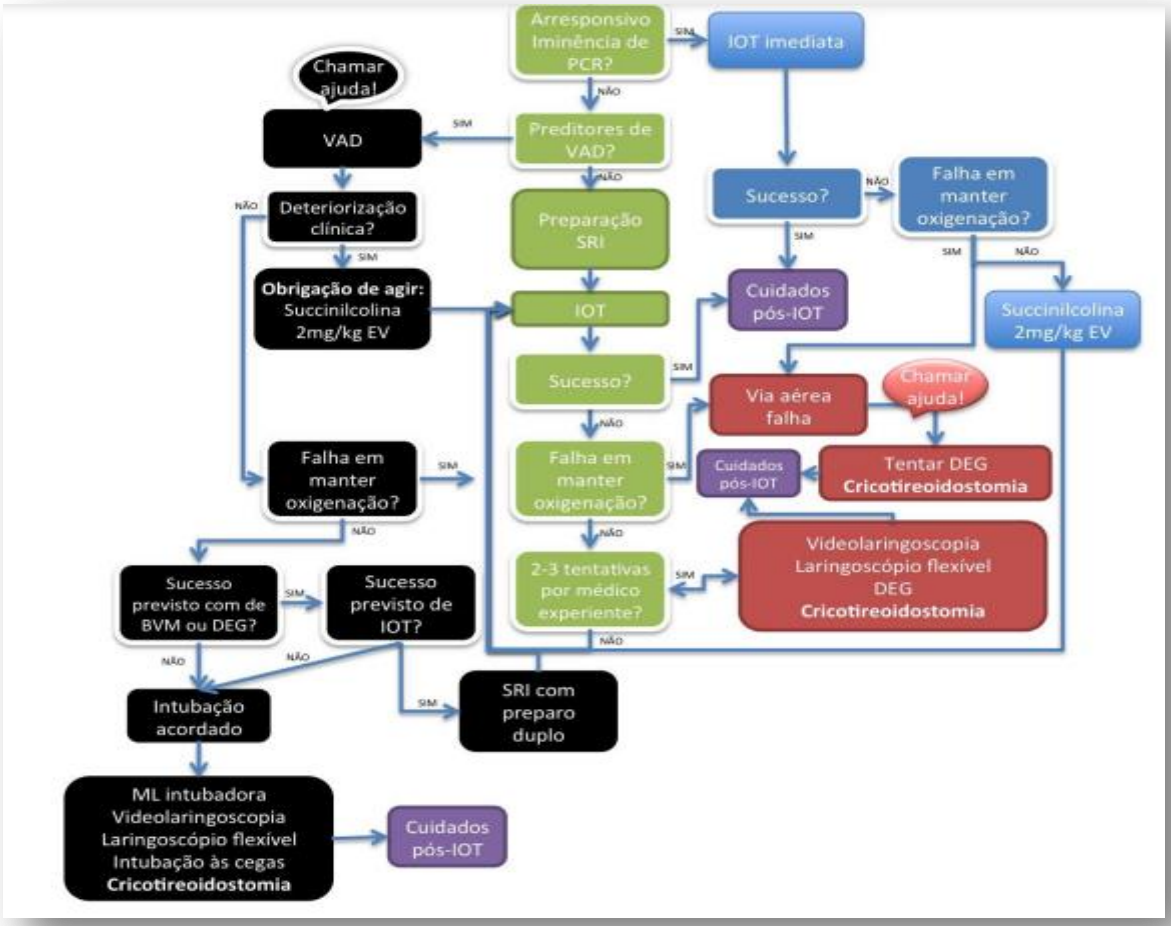
Cuidados

- Tiopental tem risco de hipotensão – Administração lenta;
- Manter monitorização com cardioscopia, oximetria e capnógrafia (se houver);
- Manter oximetria de pulso entre 95 e 100%.

Ações Corretivas

- Auscultar ambos hemitorax para diagnosticar possível intubação seletiva. Caso aconteça, remover parcialmente a cânula, até que ambos os pulmões possam se expandir.
- Considerar intubação nasotraqueal em situações especiais.

Figura 13.4.10-1 - Fluxo de Intubação



13.4.11. Protocolo Choque

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CHOQUE	**/ /2023**	**/ /2023**

Responsável: Equipe Médica

- Determinar a etiologia do choque.
- Retirar o paciente do estado emergencial.

Material Necessário

- Material descartável (cateter de oxigênio, cateter para PVC, intracath, gelcos,seringas, agulha, equipos) material para curativo, medicamentos, soluções, e equipamentos pertinentes (tensiômetro, estetoscópio).

DIAGNÓSTICO

Principais Atividades

Medidas Gerais:

- ABC
- O2 sob cateter 5 lit/min
- Acesso venoso – 2 gelcos 14
- Acesso venoso central por veia subclávia
- Ausculta pulmonar.
- Definir a etiologia
- Choque Cardiogênico
- Diminuição do enchimento cardíaco (Pneumotórax, Derrame Pericárdico, Miocardiopatia restritiva, Arritmia com baixo fluxo.)
- Diminuição do esvaziamento cardíaco (Embolia Pulmonar, IAM).

Choque Hipovolêmico

- Perda do Sangue (Tratar a hemorragia) Perda de Plasma (Pancreatites, queimaduras)
- Perda de cristalóides (vômitos, diarreias, fístulas e poliúria)

- Reposição de volume no Choque Hipovolêmico
- Ringer Lactato, 1000ml IV a 5 a 10 ml/s.
- Repetir se o paciente não melhorar.
- Iniciar transfusão de sangue se o doente não melhorar após a 2° infusão.

Choque Distributivo

- Séptico (Expansão de volume, drogas vasoativas, monitorização hemodinâmica invasiva, Antibiótico)
- Anafilático (ver rotina) Neurológico (ver rotina)

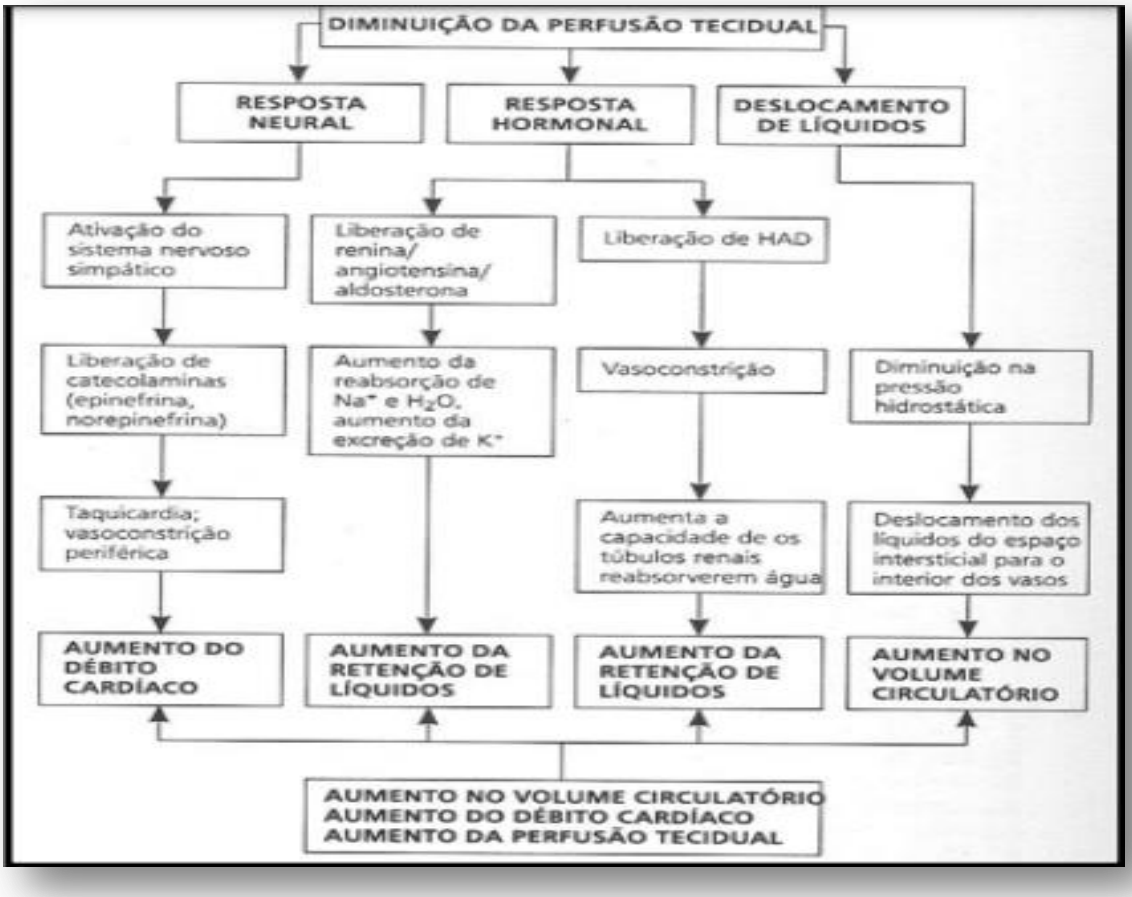
TRATAMENTO

- Ao repor volume no choque hipovolêmico atentar para:
- Pacientes cardiopatas necessitam de drogas vasoativas.
- Monitorizar a PVC – (PVC pode chegar a 19cmH2O – padrão axilar).

Ações Corretivas

- Caso haja intolerância a volume com congestão pulmonar (considerar distúrbio de contratilidade miocárdica):
- PAS<70mmHg ou sinais de choque – Dopamina 5 a 10 ug/kg/min.
- PAS70 a 100 mmHg s/ choque – Dobutamina 5-10 ug/kg/min.

Figura 13.4.11-1 - Fluxo de Estado de Choque



13.4.12. Protocolo Lesões Associadas e das Fraturas Expostas

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	FRATURAS EXPOSTAS	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

Na presença de uma lesão genitourinária, frequente nos casos de fratura com CL, o momento do tratamento varia em função do tipo da lesão e da estabilidade hemodinâmica.

Tabela 2 - Classificação de Gustilo e Anderson das fraturas expostas[8]

Tipo	Descrição
I	Ferida < 1 cm com mínima lesão de partes moles
II	Ferida > 1 cm com moderada lesão de partes moles
III A	Extensa laceração de partes moles ou retalhos com cobertura de pele íntegra sobre osso fraturado, ou trauma de grande energia independentemente do tamanho da lesão
III B	Extensa lesão de partes moles com desnudamento periosteal e exposição óssea, usualmente associada a extensa contaminação
III C	Fratura exposta com lesão arterial requerendo reparo

DIAGNÓSTICO:

Trauma Complexo das Extremidades

A avaliação primária do paciente com trauma de extremidades segue a sequência ABCDE, anteriormente exposta. Durante as manobras de reanimação, particular atenção deve ser dispensada ao estancamento da hemorragia, esta deve ser contida por compressão manual direta, no ponto de sangramento, evitando a utilização às cegas de clampes vasculares e reservando o uso de torniquete apenas para os cotos de amputação.

Em tais casos, o dispositivo deve ser insuflado a uma pressão não superior a 250 mmHg. Se o torniquete for aplicado na cena do acidente, deve ser mantido no lugar, durante a primeira fase de reanimação.

O paciente deve ser inspecionado, observando se a existência de abrasão, equimose, hematoma, solução de continuidade da pele, deformidade e assimetria dos membros. Deve ser avaliada a adequação da imobilização efetuada no local do trauma. Cada segmento esquelético, potencialmente lesado, deve ser mantido alinhado com o uso de talas.

Devem ser observados os sinais de potencial comprometimento vascular. Os pulsos centrais e periféricos são pesquisados antes e depois de eventuais manobras de redução e imobilização. Nos casos de ausência ou hiposfigmia dos pulsos é necessário assegurar que a perfusão sistêmica esteja adequada. A avaliação da integridade da estrutura nervosa deve ser realizada examinando-se eventuais déficits sensitivos e/ou motores, antes e depois das manobras de redução. Devem ser avaliados o grau de contaminação das partes moles e a necessidade de debridamento. É necessário pesquisar o grau de exposição da fratura. As articulações devem ser examinadas a procura de luxação ou ferimento exposto. Deve sempre ser considerado o risco de desenvolvimento da síndrome compartimental no membro lesado.

Deve-se avaliar a integridade vascular para verificar se há necessidade de possível intervenção cirúrgica. O estudo radiológico da extremidade constitui, normalmente, o último passo da avaliação na sala de emergência. Em caso de fratura articular, o exame mais adequado é a TC da articulação.

Na presença de fratura exposta, a avaliação ortopédica deve ser o mais precoce possível. Na presença de destruição maciça do membro, envolvendo as partes moles, as estruturas vásculo-nervosas e o segmento esquelético, em geral, devido ao trauma fechado, esmagamento e amputação traumática, a estabilização do paciente deve ser precoce eficaz, representando um pressuposto para a decisão do tratamento definitivo.

O controle da hemorragia deve ser por compressão direta e o grau de comprometimento do membro deve ser quantificado. Na suspeita de lesão vascular, a angiografia ou a angio TC deve ser realizada.

A avaliação neurológica do membro é fundamental para o bom prognóstico e restituição da função. A decisão de realizar a amputação primária, no lugar de se tentar salvar o membro, deve ser rápida. As intervenções definitivas são realizadas após a recuperação da condição sistêmica do paciente e, uma vez resolvidos os problemas, com maior grau de prioridade. Nas feridas por arma de fogo a avaliação primária é realizada segundo a modalidade previamente exposta.

A avaliação secundária prevê a inspeção das extremidades e a pesquisa de orifícios de entrada e saída, além do envolvimento de outras partes do corpo. É indispensável a avaliação da perfusão periférica e da sensibilidade e motricidade do segmento acometido.

Na presença de suspeita de lesão vascular está indicada a exploração com hemostasia imediata, no caso de hemorragia no trajeto o hematoma em rápida expansão.

CRITÉRIOS DE ALTA	
1	Trauma Oftalmológico: • Ferida ocular fechada e processo inflamatório/ infeccioso controlado.
2	Trauma Torácico: • Paciente estável hemodinamicamente. • Retirada do dreno de tórax. • Processo inflamatório/ infeccioso controlado.

	• Respiração adequada.
3	Trauma Abdominal: • Paciente estável hemodinamicamente. • Trânsito intestinal restabelecido. • Processo inflamatório/ infeccioso controlado.
4	TCE: • Paciente estável hemodinamicamente. • Processo inflamatório/ infeccioso controlado.

TRATAMENTO:

- **Manejo Inicial na Sala de Emergência** Na sala de emergência, após a avaliação e estabilização do paciente, são tomados os cuidados iniciais com a lesão da extremidade, com a remoção da contaminação grosseira, seguida de isolamento com curativo estéril e imobilização do membro em calha ou suporte adequado para transporte e realização de radiografias. Lavagens abundantes ou tentativas de limpeza mais profunda não devem ser feitas no ambiente da sala de urgência. A administração de antibióticos para profilaxia de infecções é outra medida a ser tomada imediatamente, sendo menor a taxa de infecção quanto mais precoce for o início da sua infusão;
- **Debridamento** O debridamento é uma das medidas mais importantes no tratamento de fraturas expostas e consiste na lavagem exaustiva e na remoção de todo o tecido desvitalizado, à exceção de feixes neurovasculares. Este deve ser realizado no Centro Cirúrgico sob anestesia e se inicia com a escovação da pele do membro com sabão de glicerina e soro fisiológico para remoção da contaminação e de detritos mais grosseiros
- **Fixação** Neste momento o balanço entre a experiência do cirurgião ortopédico e a gama de métodos disponíveis para fixação da fratura é crucial, pois ambos irão pesar muito na escolha do procedimento a ser realizado. Em pacientes politraumatizados e portadores de outras lesões, o objetivo principal é o controle do dano, onde, geralmente, lança-se mão dos procedimentos de fixação externa por causarem menor dano no local da fratura no que diz respeito à lesão de periósteo e desnudamento periosteal

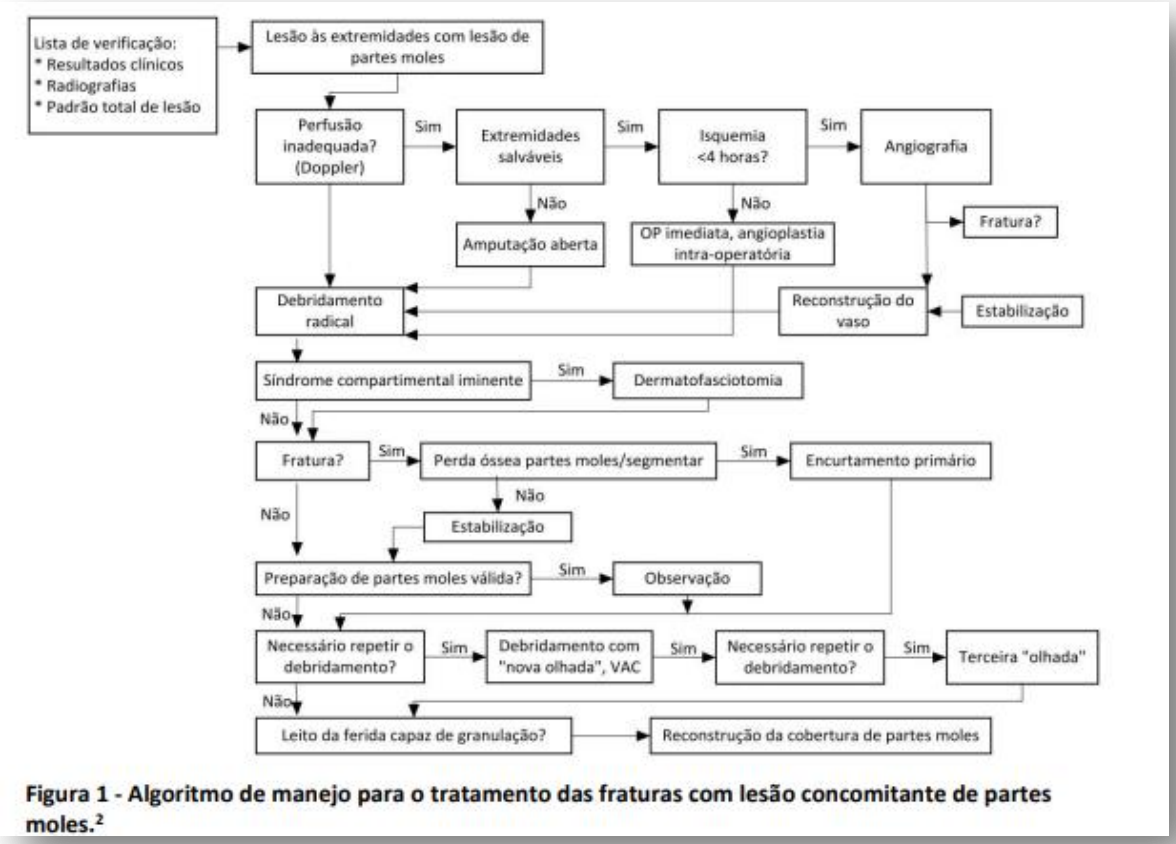


Figura 1 - Algoritmo de manejo para o tratamento das fraturas com lesão concomitante de partes moles.[2]

13.4.13. Protocolo Anafilaxia

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ANAFILAXIA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

Anafilaxia é uma reação alérgica sistêmica grave, de início súbito e evolução rápida, que é potencialmente fatal. Os órgãos envolvidos incluem a pele e mucosas (80 a 90% dos episódios), o aparelho respiratório (70% dos episódios), trato gastrointestinal (30 a 40%), sistema cardiovascular (10 a 45%) e sistema nervoso central em 10 a 15% dos episódios.

Os principais desencadeantes de anafilaxia são alimentos, medicamentos e veneno de insetos (Hymenoptera: abelhas, vespas, marimbondos e formigas). Imunoterapia com veneno de

insetos é a com maior incidência de reações. A vacina MMR é a que apresenta maior número de reações, mas é evento raro.

- Veneno de insetos
- Abelhas, vespas, marimbondos e formigas
- Estimativa de 0,4-0,8% das crianças e 3% adultos em pessoas picadas.
- Mais frequentes em apicultores, moradores do campo.
- Látex
- Equipamentos médicos, Balões de ar, brinquedos, preservativos

Grupos de risco:

- Crianças com espinha bífida, pacientes submetidos a múltiplas cirurgias e profissionais da saúde. Os adolescentes e adultos jovens têm maior risco de anafilaxia por alimentos, devido ao seu comportamento inconsistente em relação a evitar alérgenos e portar a adrenalina auto injetável. Pacientes com asma, doença pulmonar crônica, doença cardiovascular e mastocitose tem maior risco de anafilaxia fatal.
- O uso de medicações como beta-bloqueadores, e inibidores da enzima conversor adeangiotensina (iECA) aumentam a gravidade de anafilaxia, e os beta-bloqueadores potencialmente tornam a anafilaxia mais difícil de tratar.
- A reação bifásica é o recrudescimento dos sintomas em até 72hs (mais frequente em até 8hs), sem nova exposição ao alérgeno. Ela pode ser observada em 1 a 20% das reações anafiláticas e o risco é maior em pacientes que não receberam prontamente a adrenalina ou que receberam uma dose inadequada desta.
- A reação anafilática pode ser classificada em imunológica, não imunológica e idiopática segundo seu mecanismo fisiopatológico

Estímulos físicos

- Exercício e frio Anafilaxia provocada pela associação entre o exercício físico e a ingestão prévia de alimento ou medicamento é mais comum em adultos
- AINH: anti-inflamatório não hormonal, AAS: ácido acetil salicílico.

DIAGNÓSTICO

- A reação anafilática costuma ocorrer dentro de alguns segundos a minutos após a exposição ao agente causal. Os sintomas e sinais podem envolver múltiplos órgãos
- Gosto metálico na boca, cólica uterina:

- O diagnóstico de anafilaxia é clínico, baseado na história e exame físico do paciente.

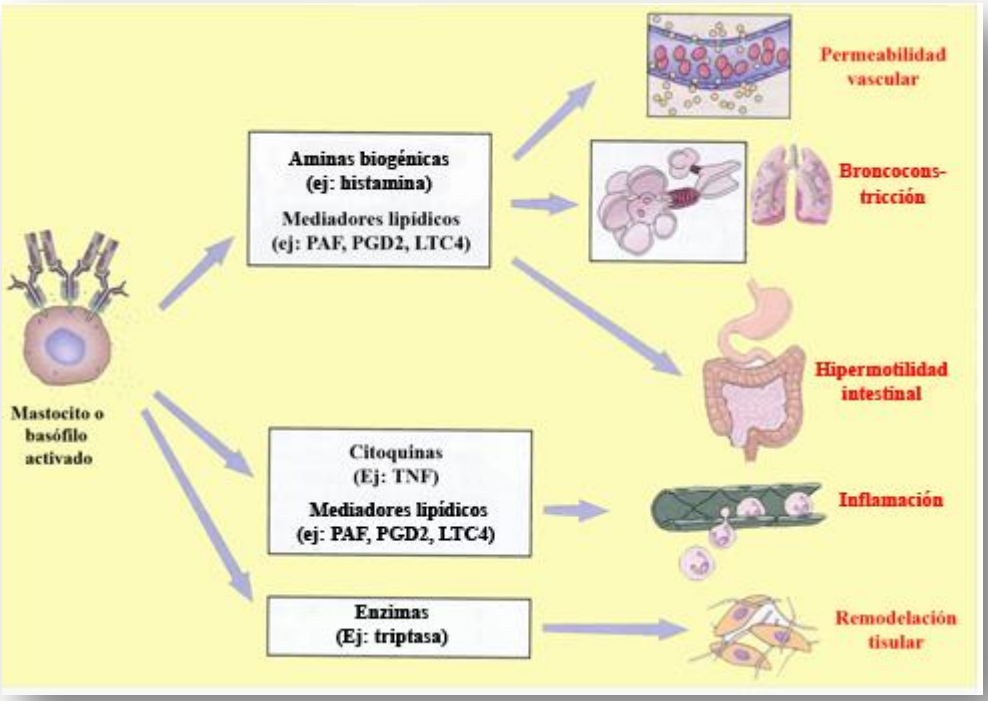
TRATAMENTO

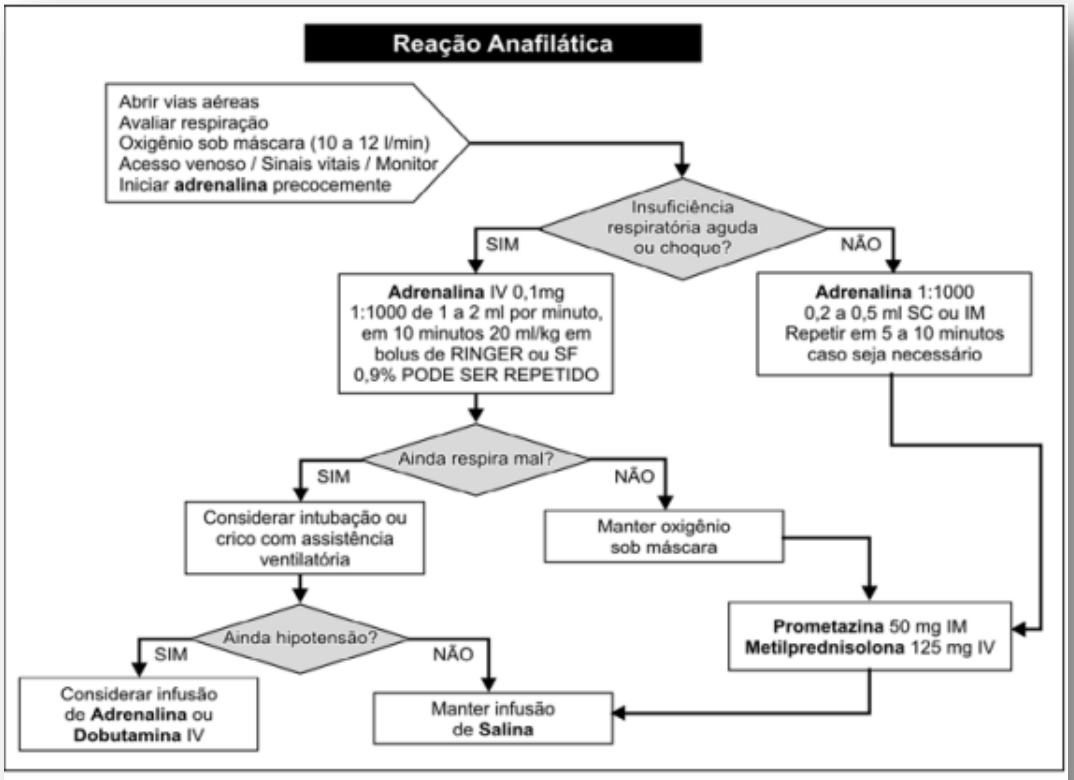
- A adrenalina é a medicação de escolha para o tratamento da anafilaxia, sendo as outras medicações consideradas adjuvantes ou de segunda linha.
- A via preferencial de administração da adrenalina é a intramuscular (IM), que proporciona uma absorção mais rápida (quando comparada a via subcutânea) e minimiza efeitos adversos (quando comparada a via endovenosa).
- O local de aplicação é o terço médio da face anterolateral da coxa (músculo vastolateral), que parece ser mais adequado que o deltóide, sempre lembrando o tamanho da agulha capaz de atingir a região muscular.
- A dose em crianças é de 0,01mg/kg da solução 1:1000, com dose máxima de 0,3mg em crianças e 0,5mg em adultos. Essa dose pode ser repetida 2 a 3 vezes se necessário, com intervalos de 5 a 15 minutos.
- Reserva-se a via endovenosa para pacientes com hipotensão persistente. Neste caso a solução a ser usada é a diluída 1:10.000, na dose de 0,01mg/kg, com dose máxima de 0,3mg em crianças e 0,5mg em adultos. Pelo risco de arritmias, a infusão IV contínua é mais recomendada que o bolus IV, já que pode ser ajustada conforme a necessidade. A monitorização cardíaca contínua é essencial nestes pacientes.
- Uma etapa concomitante ao uso da adrenalina é a rápida avaliação de via aérea, respiração e circulação (ABC), administração de oxigênio em alto fluxo com máscara com reservatório/ intubação orotraqueal (IOT) se necessário, monitorização cardíaca e a obtenção de acesso venoso para iniciar a expansão com soro fisiológico (SF) 20ml/kg (Fluxograma 1). Os pacientes devem permanecer deitados, com os membros inferiores elevados, a não ser que estejam vomitando ou com broncoespasmo.
- Em etapas subsequentes são administradas medicações de segunda linha como os anti-histamínicos H1 e H2, corticosteróides e broncodilatadores. Os anti-histamínicos, além de terem início de ação mais longo, não previnem ou reduzem os sintomas de anafilaxia como obstrução de via aérea, hipotensão ou choque. Porém reduzem o prurido, urticária, angioedema e sintomas nasais. A associação com anti-histamínico H2 mostrou-se mais efetiva que o anti-histamínico H1 sozinho em reduzir sintomas cutâneos, sendo recomendado o uso da associação de difenidramina e ranitidina para pacientes com sintomas cutâneos importantes.
- Os corticosteróides são essenciais no tratamento de muitas doenças alérgicas, porém nenhum estudo controlado e randomizado mostrou um benefício do uso de corticosteróides na anafilaxia. Eles possuem um início de ação lento e provavelmente

um pequeno benefício no manejo da fase aguda da anafilaxia, porém ainda são recomendados pelos especialistas devido ao possível benefício na prevenção da reação bifásica.

- Para pacientes com broncoespasmo apesar da utilização da adrenalina, é recomendado o uso concomitante de broncodilatadores, como o salbutamol. Pacientes betabloqueados, que se mantém sintomáticos após o uso da adrenalina, se beneficiam com a administração de glucagon, que é capaz de reverter a hipotensão e broncoespasmo por um mecanismo independente do receptor beta- adrenérgico.
- Após o tratamento inicial da anafilaxia, um período de observação é recomendado para todos os pacientes já que os sintomas podem reaparecer após o efeito da adrenalina e devido a possibilidade de reação bifásica (presente em 1 a 20% dos pacientes). Em média 4 a 6 horas de observação é o suficiente para a maioria dos pacientes que ficaram assintomáticos após a adrenalina. Um período maior de observação pode ser necessário para os pacientes mais graves, com sintomas refratários ou com dificuldade de retorno ao serviço médico Indicações de internação/ acionamento da retaguarda. Pacientes que apresentam comprometimento respiratório, com necessidade de IOT e pacientes com choque anafilático refratário a adrenalina deve ser internados na UTI.
- Todos os pacientes com sintomas refratários a primeira dose de adrenalina deve ser internada, por pelo menos 24 horas.

Figura 13.4.13-1 - Tratamento em Anafilaxia





Algoritmo de atendimento a pacientes com reação anafilática.

13.4.14. Protocolo Disfunções Respiratórias

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	DISFUNÇÕES RESPIRATORIAS	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

A maioria dos pacientes é extubada entre 4 e 6 horas após o ato cirúrgico. Após a chegada na UTI, é fundamental avaliar a posição do tubo orotraqueal, fazer radiografia de tórax, gasometria arterial e um cuidadoso exame físico pulmonar.

DIAGNÓSTICO

Para programação de extubação, alguns critérios devem ser preenchidos:

- Estabilidade hemodinâmica;
- Ausência de sangramentos;
- Ausência de complicações neurológicas e adequado nível de consciência;
- Adequada troca gasosa.

Segundo estudos realizados em pacientes no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio, as principais complicações pulmonares são SARA/edema pulmonar (4,9%) e pneumonia (0,8%), excluídos os casos de atelectasia.

A presença dessas complicações está associada a maior tempo de ventilação mecânica e maiores taxas de mortalidade. O principal fator de risco é a disfunção ventricular pré-operatória, sendo mais importante do que a disfunção pulmonar.

Estudos observacionais sugerem que a cirurgia com circulação extracorpórea (CEC) está associada a maiores taxas de complicações (SARA/edema pulmonar) quando comparada à cirurgia sem CEC.

A explicação para este fato é multifatorial e inclui lesão endotelial pulmonar traumática, hipotermia, lesão de reperfusão na saída de CEC, cessação da ventilação durante a CEC e reações imunológicas secundárias ao uso da protamina e hemoderivados.

O manejo das disfunções pulmonares baseia-se no suporte ventilatório adequado, analgesia e fisioterapia respiratória.

Não existem evidências de superioridade entre ventilação mecânica controlada a volume ou pressão, optando-se por este último nos casos associados a pressões elevadas e complacência pulmonar reduzida.

Os principais fatores preditores de ventilação mecânica prolongada (> 48 horas) são:

- Baixo débito cardíaco;
- Hipoalbuminemia;
- Sangramentos;
- Complicações neurológicas;
- Infecção de corrente sanguínea;
- Fibrilação atrial com instabilidade hemodinâmica;
- Complicações intra-abdominais;
- Obesidade;
- Tempo de circulação extracorpórea prolongado.

TRATAMENTO

- Encaminhamento para casa;
- Orientação de retorno para reavaliação se sinais de gravidade ou descompensação da doença de base;
- Orientar isolamento domiciliar: - adultos: 7 dias; - crianças: 14 dias.
- Iniciar antibioticoterapia ambulatorial (ver recomendações em anexo);
- Orientação de retorno para reavaliação se sinais de gravidade ou descompensação da doença de base;
- Orientar isolamento domiciliar: - adultos: 7 dias; - crianças: 14 dias.

Figura de Fluxo De Gripe

SÍNDROME GRIPAL/SRAG

Classificação de Risco e Manejo do Paciente

Síndrome Gripal

Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.

Obs: em crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.

Paciente tem Sinais de Gravidade?

- Dispneia;
- Desconforto respiratório;
- Saturação de O_2 menor que 95%; ou
- Exacerbação de doença preexistente.

NÃO → **SÍNDROME GRIPAL**

Paciente Possui Fator de Risco* ou tem Sinais de Piora do Estado Clínico?**

- **NÃO** → - Sintomáticos; e - Aumentar a ingestão de líquidos orais. → **Acompanhamento** Ambulatorial → **Retorno** Com sinais de piora do estado clínico ou com o aparecimento de sinais de gravidade.
- **SIM** → - Oseltamivir; - Sintomáticos; - Exames radiográficos (inclusive na gestante) ou outros na presença de sinais de agravamento; e - Aumentar a ingestão de líquidos orais. → **Acompanhamento** Ambulatorial → **Retorno** Em 48h ou em caso de sinais de gravidade.

SIM → **SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE - SRAG**

Paciente tem Indicação para Internação em UTI?

- Choque;
- Disfunção de órgãos vitais;
- Insuficiência respiratória; ou
- Instabilidade hemodinâmica.

- **NÃO** → - Oseltamivir; - Antibioticoterapia; - Hidratação venosa; - Exames radiográficos (inclusive na gestante); - Oxigenoterapia sob monitoramento; e - Exames complementares. → **Acompanhamento** Leito de internação → Notificar e Coletar exames específicos.
- **SIM** → - Oseltamivir; - Antibioticoterapia; - Hidratação venosa; - Exames radiográficos (inclusive na gestante); - Oxigenoterapia sob monitoramento; e - Exames complementares. → **Acompanhamento** Leito de terapia intensiva → Notificar e Coletar exames específicos.

* **Fatores de Risco:** população indígena; gestantes; puérperas (até 2 semanas após o parto); crianças (≤ 2 anos), adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/Aids); nefropatias e hepatopatias.

** **Sinais de Piora do Estado Clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de 3 dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensório; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

DROGA	FAIXA ETÁRIA		TRATAMENTO
OSELTAMIVIR	Adulto		75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança Maior de 1 Ano de Idade	≤ 15 kg	30mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 a 23 kg	45mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 a 40 kg	60mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança Menor de 1 Ano de Idade	< 3 meses	12mg, 12/12h, 5 dias
		3 a 5 meses	20mg, 12/12h, 5 dias
		6 a 11 meses	25mg, 12/12h, 5 dias
ZANAMIVIR	Adulto		10mg: duas inalações de 5mg, 12/12h, 5 dias
	Criança	≥ 7 anos	10mg: duas inalações de 5mg, 12/12h, 5 dias

Quando indicado,
iniciar mesmo na suspeita clínica
GRIPE TEM TRATAMENTO

SUS Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

13.4.15. Protocolo Acidente Vascular Cerebral

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	AVC	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

As doenças cerebrovasculares estão no segundo lugar no topo de doenças que mais acometem vítimas com óbitos no mundo, perdendo a posição apenas para as doenças cardiovasculares. As pesquisas indicam que esta posição tende a se manter até o ano de 2030.

DIAGNÓSTICO

- AVC isquêmico em qualquer território encefálico;
- Possibilidade de se iniciar a infusão do rtPA dentro de 4,5 horas do início dos sintomas. Para isso, o horário do início dos sintomas deve ser precisamente estabelecido. Caso os sintomas forem observados ao acordar, deve-se considerar o último horário no qual o paciente foi observado normal;
- Tomografia computadorizada (TC) do crânio ou ressonância magnética (RM) sem evidência de hemorragia;
- Idade superior a 18 anos.

Critérios de exclusão

- Uso de anticoagulantes orais com tempo de protrombina (TP) com RNI > 1,7. Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPA elevado;
- AVC isquêmico ou traumatismo cranioencefálico grave nos últimos 3 meses;
- História pregressa de hemorragia intracraniana ou de malformação vascular cerebral;
- TC de crânio com hipodensidade precoce > 1/3 do território da ACM;
- PA sistólica ≥ 185mmHg ou PA diastólica ≥ 110mmHg (em 3 ocasiões, com 10 minutos de intervalo) refratária ao tratamento anti-hipertensivo;
- Melhoria rápida e completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
- Deficits neurológicos leves (sem repercussão funcional significativa);
- Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo nos últimos 14 dias;
- Punção lombar nos últimos 7 dias;

- Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal nos últimos 21 dias ou história de varizes esofagianas;
- Punção arterial em local não compressível na última semana;
- Coagulopatia com TP prolongado (RNI > 1,7), TTPA elevado ou plaquetas < 100.000/mm3
- Glicemia < 50mg/dl com reversão dos sintomas após a correção;
- Evidência de endocardite ou êmbolo séptico, gravidez;
- Infarto do miocárdio recente (3 meses) – contraindicação relativa;
- Suspeita clínica de hemorragia subaracnoide ou dissecção aguda de aorta.

Exames de sangue:

- Lipidograma (LDL e HDL colesterol)
- Triglicerídeos
- Ácido úrico
- Glicemia de jejum
- Hemograma completo
- Urinálise
- Ureia e creatinina
- Sorologia para Chagas: RIF para Chagas
- Sorologia para sífilis: VDRL e FTAABS
- Coagulograma: TP e TTPA
- Velocidade de hemossedimentação
- Proteína C reativa
- Eletroforese de proteínas (suspeita de arterite temporal)
- Eletrocardiograma Raio X de tórax
- Exames de Doppler EcoDoppler de artérias vertebrais e artérias carótidas
- Doppler transcraniano
- Ecocardiograma transtorácico
- Ecocardiograma transesofágico com Bubble Test
- Exames de neuroimagem – Ressonância magnética do crânio
- Angiorressonância ou angiotomografia dos vasos extra ou intracranianos
- Arteriografia digital

TRATAMENTO

- Transferir o paciente para a sala de urgência, unidade de tratamento intensivo, unidade de AVC agudo ou unidade vascular.

- Iniciar a infusão de rtPA EV 0,9mg/kg administrando 10% em bolus em 1 minuto e o restante em 1 hora. Não exceder a dose máxima de 90mg.
- Não administrar heparina, antiagregante plaquetário ou anticoagulante oral nas primeiras 24 horas do uso do trombolítico.
- Manter o paciente em jejum por 24 horas pelo risco de hemorragia e necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.
- Não passar sonda nasoentérica nas primeiras 24 horas.
- Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas.
- Não passar sonda vesical. Se for imprescindível o uso de sonda vesical, esperar até, pelo menos, 30 minutos do término da infusão do rtPA.
- Manter hidratação com soro fisiológico. Só usar soro glicosado se houver hipoglicemia (neste caso, usar soro isotônico: SG 5% + NaCL 20% 40ml).
- Controle neurológico rigoroso: verificar escore de AVC do NIH a cada 15 minutos durante a infusão, a cada 30 minutos nas próximas 6 horas e, após, a cada hora até completar 24 horas.
- Monitorize a pressão arterial a cada 15min nas duas primeiras horas e depois a cada 30 minutos até 24 a 36 horas do início do tratamento, mantendo a pressão arterial ≤ 180/105mmHg.
- Se houver qualquer suspeita de hemorragia intracraniana, suspender o rtPA e solicitar TC de crânio com urgência, hemograma, TP, KTTP, plaquetas e fibrinogênio.
- Após as 24 horas do tratamento trombolítico, o tratamento do AVC segue as mesmas orientações do paciente que não recebeu trombólise, isto é, antiagregante plaquetário ou anticoagulação.
- Iniciar profilaxia para TVP (heparina de baixo peso ou Enoxaparina) 24 horas pós-trombólise.
- Controle de pressão arterial antes, durante e após o uso de trombolítico:

PAS > 220mmHg ou PAD > 140mmHg (Nitroprussiato)
PAS entre 180 – 220mmHg ou PAD entre 110 – 140mmHg (Esmolol, Metoprolol ou Enalapril EV)

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Regulação Médica – AVC com menos de 4,5 horas de evolução

QUADRO CLÍNICO

☐ Fraqueza ou dormência súbitas em um lado do corpo
☐ Confusão, dificuldade pra falar ou entender de início súbito.
☐ Dificuldade súbita para enxergar com um ou ambos os olhos.
☐ Dificuldade súbita para andar, tontura ou incoordenação de início súbito.
☐ Cefaléia intensa e súbita sem causa aparente.
☐ Outros sintomas neurológicos focais agudos sugestivos de AVC _____

Data início dos sintomas:	Hora do início dos sintomas:
Acordou com sintomas ☐SIM ☐NÃO	Ultima vez em que foi visto sem sintomas:

AVC Hiperagudo? ☐SIM ☐NÃO

Regulação Médica Local

CINCINATTI

1) Dê um sorriso	2) Levante os Braços	3) Fale a frase: O Brasil é o país do futebol.
☐Normal ☐Alterado	☐Normal ☐Alterado	☐Normal ☐Alterado

Alertas de possível **exclusão** para **AVC HIPERAGUDO**:
☐Glicemia < 50 mg/dL ☐Crise convulsiva ☐Síndrome demencial ☐Previamente acamado

Contra-indicações possíveis para trombólise:
☐Trauma craniano importante recente ☐Cirurgia extensa recente
Hemorragia recente _____ ☐AVC hemorrágico prévio

Fatores de risco cerebrovascular conhecidos:
☐HAS ☐DM ☐Tabagismo ☐Dislipidemia ☐AVC/AIT prévio ☐Fibrilação atrial ☐IAM prévio

SINAIS VITAIS

PA _____mmHg FC_____ FR_____ Sat. O2_____% HGT_____ Glasgow_____

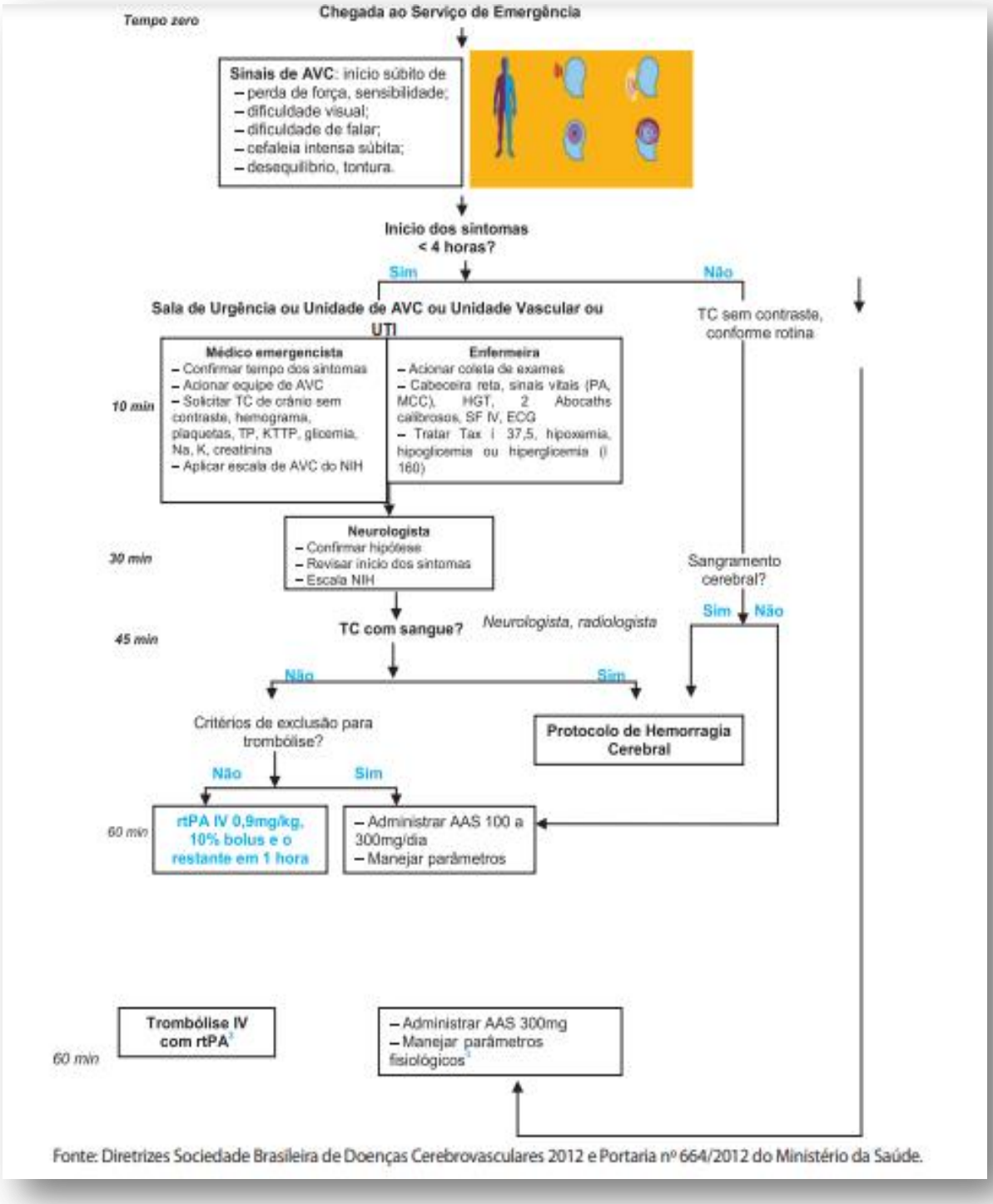
CONDUTA

☐ Oximetria ☐ Oxigênio máscara se SaO_2 < 92% ☐ Ventilação ambu máscara ☐ Intubação
☐ Acesso venoso ☐ SF 0,9% ☐ Não reduzir PA ☐ Monitorização Cardíaca ☐ Cabeceira reta
☐Hora de início dos sintomas_____ ☐ Outro

REMOÇÃO

☐ Hospital1 ☐ Hospital2 ☐ Hospital3 ☐ Outro_____
☐ Contato no destino_____ ☐ Hora da chegada no destino _____

Assinatura	Data



Fonte: Diretrizes Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares 2012 e Portaria nº 664/2012 do Ministério da Saúde.

13.4.16. Protocolo Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

A hemorragia digestiva aguda, evidenciada clinicamente pela exteriorização de hematêmese (vômitos com sague) e/ou melena (Fezes escurecidas ou negras) é uma causa frequente de hospitalização de urgência, com considerável mortalidade associada, e é definida como Hemorragia Digestiva Alta (HDA). Usualmente as HDAs decorrem de lesões localizadas proximalmente ao ângulo de Treitz. Cabe destacar, no entanto, que HDAs de grande vulto podem inclusive produzir enterorragia (sague vermelho vivo em grande quantidade nas fezes) devido ao efeito catártico de uma grande quantidade de sangue nas alças intestinais. Classicamente as HDAs são definidas em dois grandes grupos: HDA varicosa (causada por varizes esofágicas) e HDA não varicosa (causada por outras lesões, como por exemplo, a úlcera péptica).

DIAGNÓSTICO

- O rastreamento de varizes esofágicas através do exame de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é recomendado para todos os pacientes portadores de cirrose hepática, como forma de diagnosticas a hipertensão portal e adotar medidas de profilaxia primária da hemorragia digestiva alta.
- O tratamento do sangramento digestivo varicoso visa correção do choque hipovolêmico, hemostasia do sítio sangrante, prevenção do ressangramento, prevenção de complicações da hipertensão portal e, principalmente a redução da mortalidade.
- Em relação ä HDA não varicosa, a magnitude do sangramento nem sempre está relacionada à etiologia da lesão. Os sintomas geralmente estão relacionados com fatores como idade do paciente, presença de comorbidades e uso de drogas anticoagulantes ou mesmo outros medicamentos nocivos à mucosa gastroduodenal como os AINEs (anti-inflamatórios não esferoidais).

Diagnóstico Diferencial

- A HDA varicosa é sempre o diagnóstico de presunção em um paciente com estigmas periféricos de insuficiência hepática ou mesmo em um paciente portador de hepatopatia crônica. Cerca de 70% dos pacientes nessas situações são portadores de varizes esofágicas.
- A HDA não varicosa é usualmente causada por lesões ulceradas pépticas gastroduodenais, lesões agudas de mucosa gastroduodenal, lacerações na transição esofagogástrica (Mallory-Weiss), câncer esofágico e gástrico e esofagites. Más formações vasculares, fístulas aorta-duodenais, pólipos, lesão de Dieulafoy, hemobilia e hemosucus pancreáticos são causas mais raras.

Atendimento ao Paciente

HDA VARICOSA

- Reposição volêmica e medidas gerais: a HDA varicosa causa importante instabilidade hemodinâmica, mas costuma cessar espontaneamente em cerca de 50% dos casos. Pacientes com suspeita de HDA varicosa são usualmente admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para melhor avaliação hemodinâmica, manutenção de vias aéreas e acesso venoso adequado. A correção da hipovolemia é feita com cuidado, devido ao volume arterial efetivo baixo e hipercirculação esplâncnica dos pacientes. Níveis de Hemoglobina de 8,0g/dl e pressão arterial sistólica de 90mmHg são suficientes para uma boa perfusão tecidual evitando elevação da pressão portal e ressangramento. Outras comorbidades devem ser levadas em consideração o nesse momento.
- Uso de Drogas vasoativas: drogas que promovem vasoconstricção esplâncnica estão indicadas de imediato (terlipressina, somatostatina e octreotídio) e evidências mostram que o tratamento farmacológico é tão efetivo quanto tratamento endoscópico no controle do sangramento. A terapia farmacológica é mantida de 2 a 5 dias. Terlipressina: deve ser ministrada "em bolus" na dose de 2micrograma a cada 4 horas reduzindo para 1 micrograma a cada 4h após controle do sangramento. Somatostatina deve ser ministrada na dose de 250 microgramas inicialmente e mantida infusão contínua de 250 microgramas por hora. O octreotídio deve ser ministrado em dose endovenosa de 50 microgramas iniciais e a cada hora.
- Hemostasia Endoscópica: O endoscopista usualmente é acionado nas primeiras 12 a 24h após o episódio hemorrágico e após estabilização do paciente. A técnica de ligadura elástica é a primeira escolha e tem os melhores índices de controle do sangramento. Quando a ligadura elástica não está disponível ou quando tecnicamente não é possível, opta-se pela escleroterapia com solução de etanolamina. Na ocorrência do

ressangramento nova endoscopia é realizada com a intenção de realizar nova intervenção terapêutica. Nos casos em que não é possível obter controle do quadro de sangramento digestivo após a segunda intervenção endoscópica está indicada a colocação do balão hemostático de Sengstaken-Blakemore, que é mantido por, no máximo, 24 horas.

HDA NÃO VARICOSA

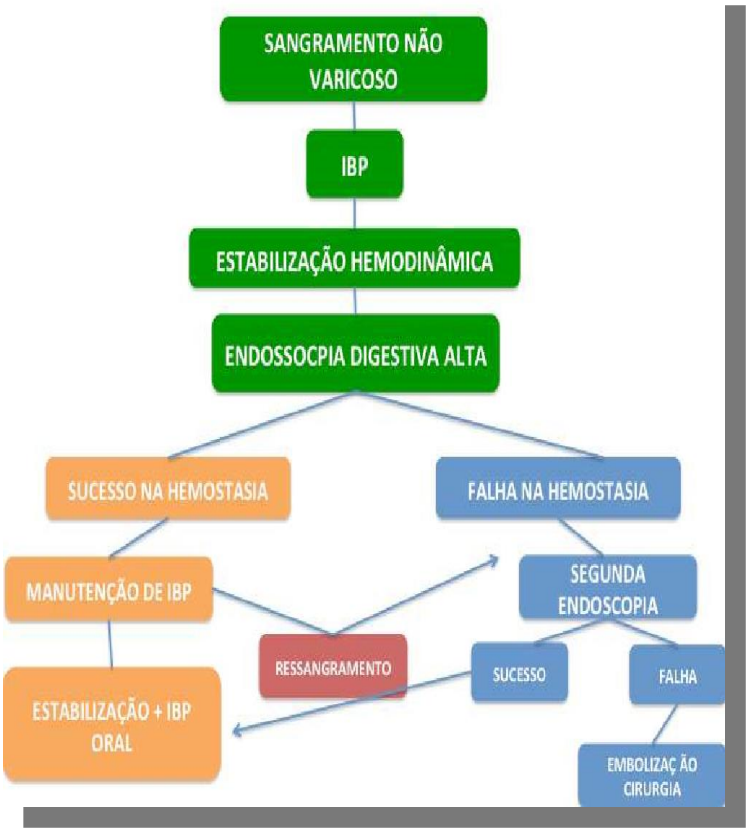
- Reposição volêmica e medidas gerais: Cerca de 80% dos casos de HDA não varicosa cessam espontaneamente. A intensidade da reposição volêmica deve ser proporcional à intensidade do sangramento. Preferencialmente usam-se cristaloides até a estabilização dos sinais vitais do paciente, que preferencialmente é mantido em UTI. Outras comorbidades devem ser levadas em consideração nesse momento.
- Uso de Drogas antissecretoras: os inibidores da bomba de prótons (IBP) devem ser usados na suspeita de HDA não varicosa, já que reduzem as taxas de ressangramento, de intervenção cirúrgica e retratamento endoscópico. Inicia-se com IBP 80mg "em bolus"seguido de manutenção em infusão contínua de 8mg/h por 72h. A seguir inicia-se terapia com IBP por via oral, que é mantida por cerca de 8 semanas.
- Hemostasia Endoscópica: O endoscopista usualmente é acionado nas primeiras 12 a 24h após o episódio hemorrágico e após estabilização do paciente. Os objetivos do exame endoscópico são reconhecer o local de sangramento, realizar a hemostasia e reconhecer estigmas que indiquem a possibilidade de sangramento iminente. A terapêutica depende do tipo de lesão encontrada. Usualmente utilizam-se esclerosantes (adrenalina, etanolamina) como forma de promover reação inflamatória e hemostasia locais, com o limite máximo de 30 ml de solução de adrenalina 1:10.000 devido ao risco de isquemia e perfuração. Há, ainda a possibilidade do uso de métodos térmicos como a eletrocoagulação ou mesmo métodos mecânicos como o clipe endoscópico. Na ocorrência do ressangramento nova endoscopia é realizada com a intenção de realizar nova intervenção terapêutica. Nos casos em que não é possível obter controle do quadro de sangramento digestivo após a segunda intervenção endoscópica está indicado embolizaçãoo ou tratamento cirúrgico de emergência.

Sinais de Alerta

- Idade > 60 anos
- Choque / Instabilidade hemodinâmica
- Necessidade de hemotransfusão

- Ressangramento
- Comorbidades associadas

Figura 13.4.16-1 - HDA



13.4.17. Protocolo de Traumatismo Cranioencefálico- TCE

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	TCE	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Traumatismo cranioencefálico (TCE) é entidade frequente e com alta mortalidade. A cada 15 segundos ocorre um caso de TCE e em decorrência deste, um paciente morre a cada 12 minutos; 50% das mortes decorrentes de trauma têm como etiologia o TCE; classifica-se como TCE leve os pacientes com 13 a 15 pontos na Escala de 3. Coma de Glasgow (ECG) (item III, texto subsidiário). Há tendência a classificar o paciente com 13 pontos na ECG como TCE moderado, tendo em vista a maior incidência de lesões expansivas intracranianas (LEIC) pós-traumáticas. Sistematizar o atendimento inicial ao paciente vítima de TCE leve, por médicos especialistas ou não especialistas, em unidades da rede hospitalar FHEMIG; Evitar a liberação de pacientes com risco elevado de LEIC pós-traumática; Evitar internações desnecessárias de

pacientes com baixo risco de LEIC póstraumática; Reduzir custos com transferências inter-hospitalares e tomografias computadorizadas (TC) do encéfalo desnecessárias.

DIAGNÓSTICO

- Equipe médica capacitada para avaliação inicial do paciente vítima de trauma,
- segundo preceitos do Advanced Trauma Life Support (ATLS). (Cirurgião geral, Clínico geral ou Pediatra).
- Equipe de enfermagem treinada e orientada para cuidados com o paciente
- vítima de TCE;
- Sala de Raio-X com técnico treinado para a realização de radiografias de crânio e coluna cervical;
- Colar cervical para imobilização. Lanterna com luz forte para exame das pupilas;
- Veículo e equipe médica e paramédica capacitada para o transporte inter hospitalar de pacientes vítimas de TCE.
- Estes pacientes apresentam o risco de rápida deterioração durante o transporte, portanto o veículo deve estar capacitado para realizar proteção de vias aéreas (inclusive intubação oro-traqueal);
- Medicamentos essenciais: analgésicos, anticonvulsivantes (diazepam, feni-6. toína), manitol a 20%, anestésicos para intubação orotraqueal (midazolam, fentanil e suxametônio).

Atividades Essenciais

- Admissão do paciente vítima de TCE na sala de emergência, pela equipe do trauma ou plantonista, com registro do diagnóstico no campo do SIGH;
- Aplicar protocolo de atendimento segundo preceitos do ATLS;
- Realizar Exame Neurológico Mínimo:
- Nível de Consciência (Escala de Coma de Glasgow);
- Exame do diâmetro pupilar (isocórica/anisocórica);
- Detectar déficits neurológicos grosseiros (paresias/plegias).
- Propedêutica radiológica se necessário;
- Classificar o paciente com TCE leve em RISCO AUMENTADO, RISCO MODERADO 5. e RISCO BAIXO de apresentar LEIC pós-traumática;
- Definir uma dentre as quatro condutas específicas.

Alta hospitalar

- Observação hospitalar na UB (até 12 horas) e alta subsequente;
- Encaminhar para realização de TC do encéfalo com TC preenchido
- Se TC normal, o paciente retornará à unidade de origem para observação hospitalar. Se TC anormal, o paciente deverá manter observação no TC
- Encaminhamento direto para internação e conduta especializada por neurocirurgião/neurologista em centro referência para trauma da rede
- Fornecer e explicar a FOLHA DE ORIENTAÇÕES básicas ao paciente vítima de TCE leve ou a seu acompanhante.

Itens de Controle

- Avaliar redução nos pedidos de RX de crânio na unidade hospitalar básica da
- Avaliar redução nos pedidos de TC do encéfalo na unidade referência de trauma da rede
- Notificação compulsória dos pacientes vítimas de TCE leve, que foram corretamente submetidos ao protocolo de atendimento acima, mas mesmo assim evoluíram com complicações neurológicas pós-traumáticas;
- Percentual de internações pelo diagnóstico de TCE
- Percentual de TC de encéfalo em vítima de TCE alcoolizado;
- Percentual de Folha Orientação Entregas.

Classificação do TCE leve (ECG 13 e 15) risco aumentado

- Criança espancada, gestante, discrasia sanguínea (ex: pcte hemofílico);
- Fístula liquórica (rino ou otoliquorreia);
- TCE + trauma de outros sistemas (Politraumatismo) (avaliar protocolo 003 – 3. Trauma Abdominal);
- Petéquias sugestivas de síndrome de embolia gordurosa;
- Piora do nível de consciência para ECG < 15 ou surgimento de déficits neu-5. rológicos focais;
- Meningismo;
- Déficit de acuidade visual;
- TCE por ferimento de arma branca;
- ECG < 15;
- Crises subentrantes (estado epilético).

Risco Moderado

- Envolvimento em acidente grave, com vítimas fatais. Queixas neurológicas. História não confiável (suspeita de crianças/idosos espancados);
- Equimose palpebral, retro auricular ou ferida em grande extensão no couro cabeludo;
- Intoxicação aguda por álcool ou drogas ilícitas. Síndrome de abstinência alcóolica;
- Cefaleia progressiva, vômitos ou convulsão. * (avaliar protocolo 016)
- Perda momentânea da consciência;
- Desorientação tempero-espacial, amnésia retrógrada ou pós-traumática (amnésia lacunar);
- Síncope pós-traumatismo (síndrome vasovagal);
- Idade < 2 anos (exceto se traumatismo muito trivial);
- RX do crânio evidenciando fratura.

Risco Baixo

- TCE por mecanismo de trauma de pequena intensidade, assintomático, exame 1. físico geral normal e sem alterações neurológicas. RX de crânio, se realizado, normal;
- Sinais ou sintomas mínimos;
- Cefaleia leve, não progressiva;
- Tontura, vertigem temporária;
- Hematoma subgaleal (HSG) ou laceração do couro caneludo (LCC) pequena, com RX de crânio normal

TRATAMENTO:

Consistente com todas as fases do tratamento do TCE, as estratégias pré-hospitalares devem se concentrar na prevenção de lesão cerebral secundária.

Em um estudo, os pacientes com TCE moderado a grave transferidos para centros de trauma de nível I por helicóptero que tiveram insultos secundários (SBP <90 mmHg ou SpO2 <92%) tiveram uma mortalidade de 28%, em comparação com 20% dos pacientes sem tais insultos. A hipóxia pré-hospitalar nesses mesmos pacientes foi associada a um aumento significativo na mortalidade. E não houve diferença nos episódios hipóxicos entre os pacientes intubados versus aqueles não intubados em campo. GCS <9 foi associado a um aumento na mortalidade.

Esse resultado pode estar associado à hipóxia transitória durante os procedimentos pré-hospitalares, ventilação excessiva excessiva causando hipocarbia, vasoconstrição e FSC prejudicado e tempos de cena mais longos. Esse corpo de trabalho implica a necessidade de transferência rápida para cuidados definitivos e foco em estratégias mais básicas de vias aéreas para manter a oxigenação em pacientes com traumatismo craniano.

Vários estudos também avaliaram o uso de solução salina hipertônica na área pré-hospitalar como forma de melhorar a PPC, diminuindo a PIC e aumentando a PAM. Em um estudo de 2004 por Cooper, et. al., pacientes com TCE grave (GCS <9) e hipotensão (PAS <100 mmHg) foram designados para administração rápida de solução salina a 7,5% ou um bolus semelhante de Ringer com lactato por paramédicos. A função neurológica aos 6 meses não diferiu entre os dois grupos, embora os níveis médios de sódio no grupo de tratamento tenham sido de apenas 149 mEq/L.

Um ensaio clínico randomizado multicêntrico em 2010 por Bulger, et. al. analisaram pacientes com TCE grave (GCS <9) que não estavam em choque hipovolêmico. Os pacientes receberam solução salina 7,5%/dextrana 70 a 6%, solução salina 7,5% isolada ou solução salina 0,9%. O resultado neurológico em 6 meses e a sobrevida não diferiram entre os grupos. Neste momento, o uso pré-hospitalar de solução salina hipertônica não pode ser recomendado.

O manejo inicial de pacientes com TCE é idêntico ao de todos os pacientes traumatizados, com foco nos princípios do Advanced Trauma Life Support (ATLS) de manejo das vias aéreas, respiração e circulação, seguido de um exame neurológico rápido e exposição do paciente com prevenção de hipotermia.

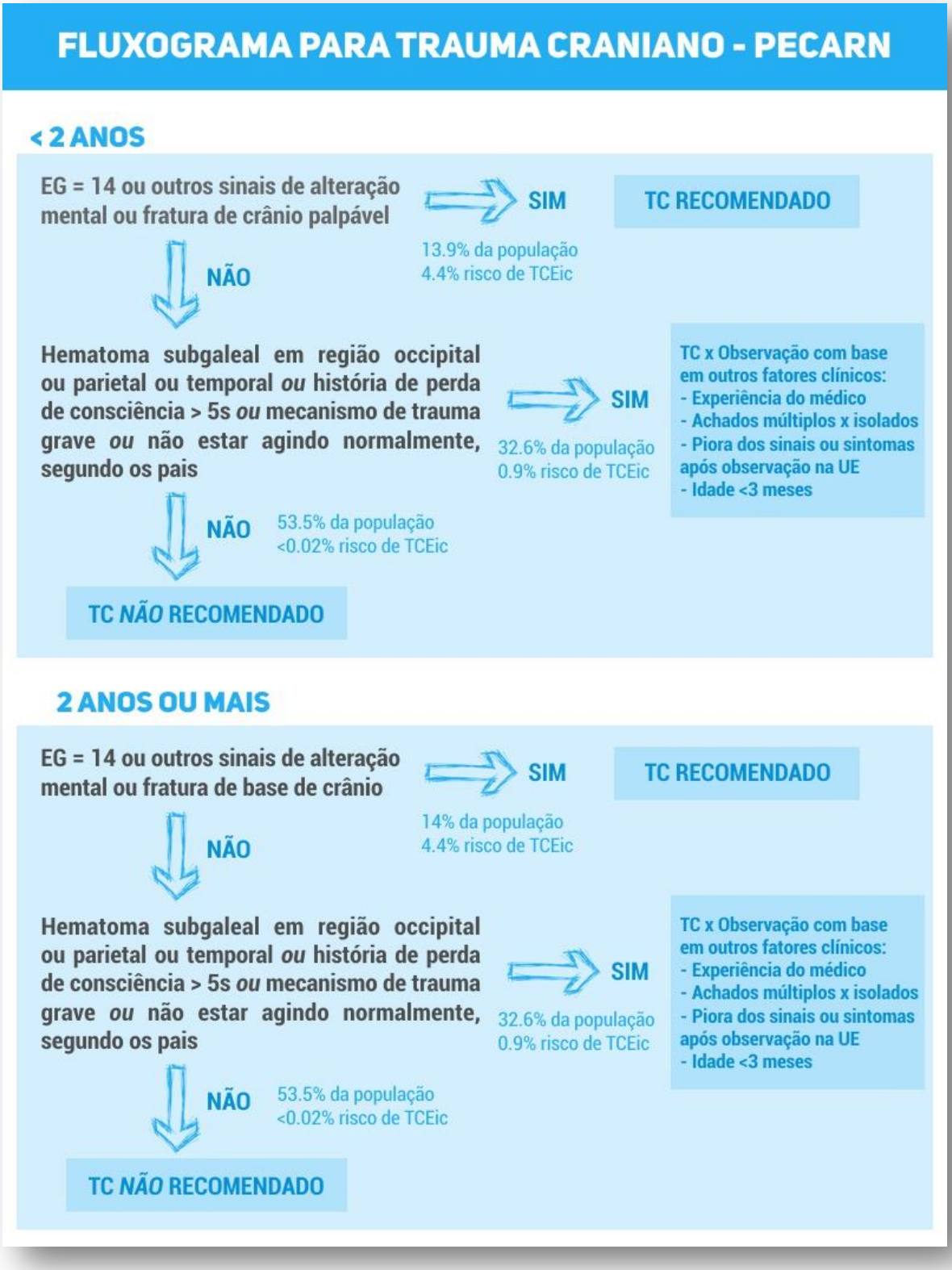
Vias aéreas no tratamento do TCE

A via aérea deve ser protegida de acordo com os protocolos locais. Agentes de indução, como propofol, devem ser usados com cuidado, possivelmente em conjunto com inotrópicos de indução, devido ao risco de hipotensão sistêmica com FSC prejudicado. A cetamina é um agente atraente em pacientes com trauma devido ao seu perfil hemodinâmico favorável. Apesar dos riscos teóricos, uma revisão sistemática do uso de cetamina no TCE sugere que a cetamina não aumenta a PIC.

Ventilação no tratamento do TCE

A respiração deve ser otimizada para manter a oxigenação e prevenir a disfunção ventilatória, pois extremos de CO2 podem levar à vasoconstrição cerebral, vasodilatação e têm se mostrado preditores de morbidade e mortalidade.

Figura 13.4.17-1 - Fluxo de TCE



13.4.18. Protocolo Colelitiase

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COLELITIASE	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

A doença calculosa biliar vem aumentando de frequência com o passar dos anos sendo cada dia mais frequente o seu tratamento cirúrgico. Em alguns serviços e inclusive a patologia mais frequente a necessitar tratamento cirúrgico.

As explicações para isto podem vir do fato do diagnostico cada vez mais frequente pela evolução dos métodos diagnósticos assi m coma o tratamento cada vez menos invasivo.

A maioria dos pacientes com coledocolitiase e assintomático e assim permanece pelo resto da vida. A probabilidade de um paciente assintomático ter sintomas severos ou complicações e de 1 a 2% ao ano assim com está e a probabilidade deste necessitar de colecistectomia. Desses pacientes dois terços permanecerão assintomáticos por um período de 20 anos. Quanto major for o período sem sintomas menor será a chance destes aparecerem.

Para os pacientes com dor devido a coledocolitiase a chance de ter complicações e de 1 a 3% ao ano com uma probabilidade de necessitar ser colecistectomizados da ordem de 6 a 8%. Conforme aumenta a frequência de episódios de dor aumenta a intensidade da dor. Pacientes que tem quadros álgicos tem uma chance de 70% de repetirem o quadro.

DIAGNÓSTICO

- Radiografia simples - A probabilidade de cálculos de vesícula serem visualizados em radiografias simples de abdome e da ordem de 10 a 15% pois a maioria dos cálculos é de colesterol. A radiografia 6 mais útil para identificação e diagnostico de outras patologias de origem abdominal
- Ultrassonografia - Método diagnóstico de escolha nos casos de coledocolitiase assim como extremamente útil para visualizar dilatação das vias biliares. O diagnóstico e baseado no fato da presença de sombra acústica posterior assim com mudança da imagem conforme a posição do paciente.

- Cintilografia - Tem seu use principalmente no diagnóstico de colecistite aguda para identificação de exclusão da vesícula. Aplica-se para identificação de obstrução do ducto cístico.
- Colecistograma oral - Método muito utilizado no passado para diagnostico de coledocolitiase caiu em desuso por sua difícil realização.
- TC de abdome - Utilizada principalmente para diferenciar outras causas de dor pode ser diagnostica em até 50% dos casos.

Diagnóstico Clínico

- Dor - Normalmente localizada em hipocôndrio direito ou epigástrio com irradiação para dorso ou escapula, constante, com duração major que 1 hora e menor que 24 horas que só desaparece habitualmente com uso de analgésicos, associado a náuseas, com episódios repetidos e no mesmo período do dia.
- Náuseas
- Vômitos
- Febre
- Icterícia

Diagnostico Laboratorial

Normalmente inconclusivo pode haver elevação de bilirrubinas, fosfatase alcalina ou transaminases. Pode haver elevação do leucograma nos episódios agudos. Tem pouco valor ou nenhum para o diagnóstico dos casos não complicados de coledocolitiase.

TRATAMENTO

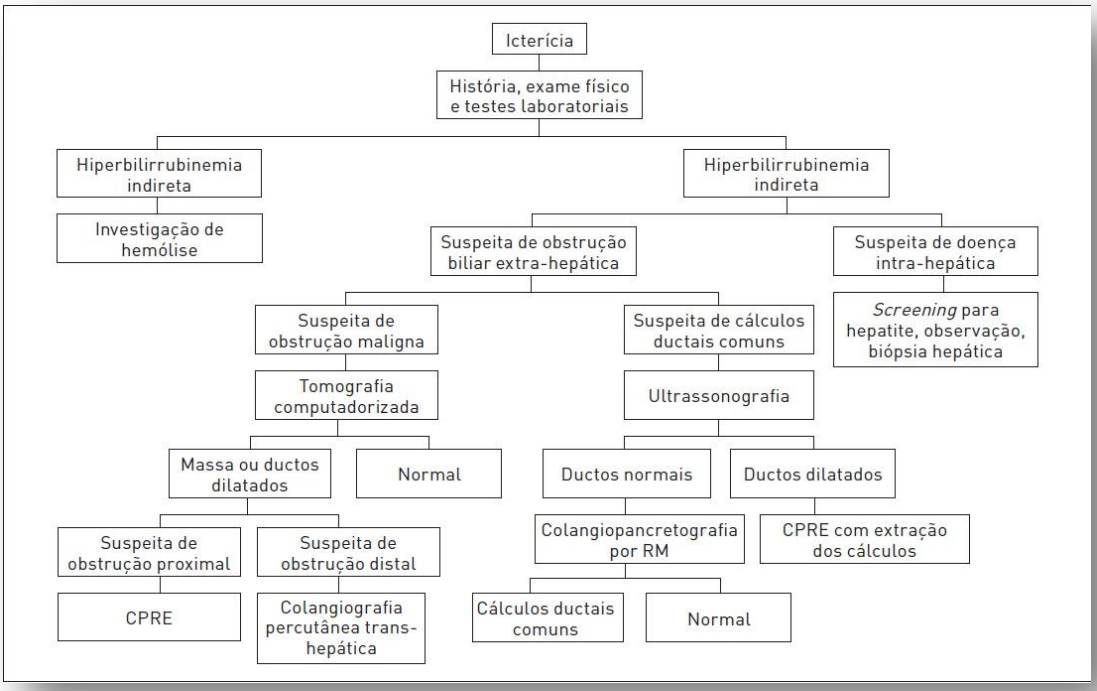
O tratamento deve ser sempre indicado nos pacientes com quadros sintomáticos sendo sempre cirúrgico, sendo a primeira escolha a colecistectomia por via videolaparoscopica.

Nos serviços que não disponham desta alternativa a cirurgia pode ser feita pela via aberta com resultados semelhantes embora com custo, permanência pós-operatória e recuperação mais prolongados.

A existência de videolaparoscopia num serviço não autoriza que este não tenha cirurgião hábil para proceder a colecistectornia por via aberta, pois esta muitas vezes e a solução de casos não passiveis de tratamento pela primeira.

Quanto a indicação nos pacientes assintomáticos apenas aqueles com microcálculos ou vesícula em porcelana a luz da literatura atual teriam alguma vantagem para realizar coledocolitiase

Figura 13.4.18-1 - Fluxo de Colelitiase



13.4.19. Protocolo Coledocolitiase

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COLEDOCOLITIASE	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Os cálculos das vias biliares vêm se tornando uma entidade cada vez menos frequente a partir da identificação e tratamento precoce dos casos de coledocolitiase sintomáticos.

Eles podem ser de origem primaria ou secundaria conforme a sua origem na própria via biliar ou na vesícula. Os cálculos podem ser também considerados residuais quando aparecem ate dois anos depois de realizada colecistectomia.

Quando avaliados entre 10 e 15% dos pacientes já apresentam coledocolitíase quando da realização da colecistectomia. Muitos deles já apresentam sintomas ou anormalidades laboratoriais. Entre 1 e 2% dos pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica apresentarão cálculos residuais.

DIAGNÓSTICOS

- Ultrassonografia - Método diagnostico útil para avaliação de dilatação das vias biliares embora pouco sensível para identificar cálculos nesta localização (60 a 70%).
- Colangioressonância - Método de escolha para avaliação de coledocolitíase por prover detalhes anatômicos precisos e ter a melhor sensibilidade e especificidade.
- Colangiografia venosa associada a TC helicoidal - Método de acuracia semelhante a colangioressonância embora mais não desprovido de efeitos colaterais.
- Ultra-sonografia endoscópica - Método sofisticado pouco disponível e de custo elevado com boa sensibilidade e especificidade.
- CPRE - Método de escolha no passado para diagnostico foi substituído pela colangioressonância desprovida das complicações graves da CPRE. Método de escolha para tratamento de pacientes com >65 anos e questionável em serviços que disponham de videlaparoscopia, mas não realizam exploração da via biliar por esta técnica.

Diagnóstico Clínico

Normalmente o quadro se caracteriza por cólica biliar, icterícia flutuante, acolia fecal e colúria. Pacientes com colangite podem apresentar também febre com calafrios, hipotensão e alteração do nível de consciência.

Diagnóstico laboratorial

Níveis elevados de bilirrubina (>3mg/dl), transaminases, fosfatase alcalina e gama-GT estão normalmente elevadas nos casos de coledocolitíase.

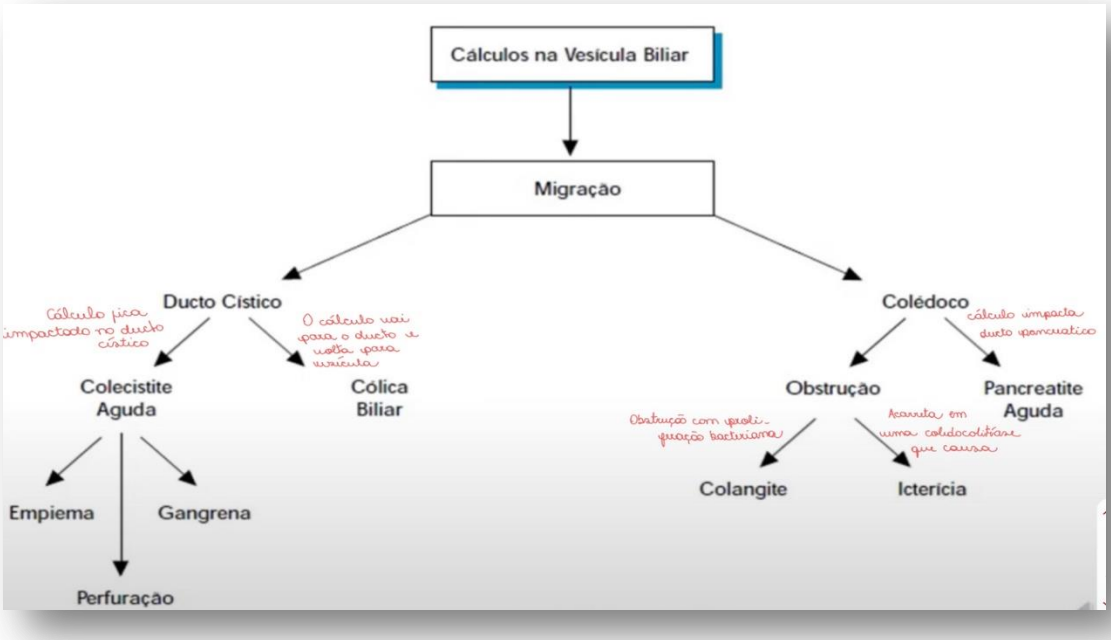
TRATAMENTO

O tratamento deve ser sempre indicado devido a grande morbidade desta patologia. Nos pacientes com < 65anos a terapêutica ideal permanece controversa a depender do serviço. Serviços que disponham de tratamento por via laparoscópica da coledocolitiase e da coledocolitíase devem ter este método como de escolha.

Aqueles que têm videolaparoscopia, mas não realizam exploração da via biliar por esta via podem optar por realizar CPRE preoperatória. Seguida de colecistectomia eletiva no mesmo internamento ou optar por tratamento cirúrgico aberto desta patologia. Nos pacientes com>65anos a CPRE deve ser realizada seguida de colangiografia.

Nos serviços que não dispõem de CPRE a exploração deve ser realizada por via cirúrgica sendo sempre a preferência a via laparoscópica quando disponível. Nos cálculos residuais a preferência sempre recairá sobre a CPRE.

Figura 13.4.19-1 - Fluxo de Cirurgia de Coledocolitiase



13.4.20. Protocolo Colangite

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COLEDOCOLITIASE	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Colangite é uma entidade associada a obstrução e infecção bacteriana do sistema biliar com uma variada forma de apresentação e gravidade. E a obstrução da via biliar que leva a proliferação bacteriana que associada ao aumento de pressão no sistema biliar leva a um refluxo bacteriano colangiovenoso e linfático gerando os episódios de bacteremia com febre e calafrios

ETIOLOGIA

As causas de obstrução vão desde a coledocolitíase, estenoses benignas, anastomoses entéricas, colangiocarcinoma e câncer periampular. Procedimentos que manipulam a via biliar também podem causar bacteremia em pacientes que já apresentam obstruções. As bactérias comuns são E. coli, Klebsiella pneumoniae, enterococos e bacteróides fragilis.

DIAGNÓSTICO

- Ultrassonografia - Método diagnóstico útil para avaliação de dilatação das vias biliares e diagnostico de alguma de suas causas.
- Colangioressonancia - Método para avaliação da via biliar e fígado por prover detalhes anatômicos precisos e ter a melhor sensibilidade e especificidade.
- Tomografia - Método para avaliação da via biliar, fígado e região periampular.
- CPRE - Método de escolha nos pacientes com colangite tóxica por permitir descompressão da arvore biliar.
- Colangiografia percutânea - Método invasivo que permite identificação de obstruções altas assim como descompressão percutânea por cateter.

Diagnóstico Clínico

Normalmente o quadro se caracteriza por icterícia, dor tipo cólica biliar e febre com calafrios que comporiam a tríade de Charcot presente em 70% dos casos. Quando temos hipotensão associada a alterações do nível de consciência temos o que chamamos de pentade de Reynold característica da colangite tóxica.

Diagnóstico Laboratorial

Níveis elevados de bilirrubina (>3mg/dl), transaminases, fosfatase alcalina e gama-GT. O leucograma demonstra leucocitose normalmente com desvio a esquerda

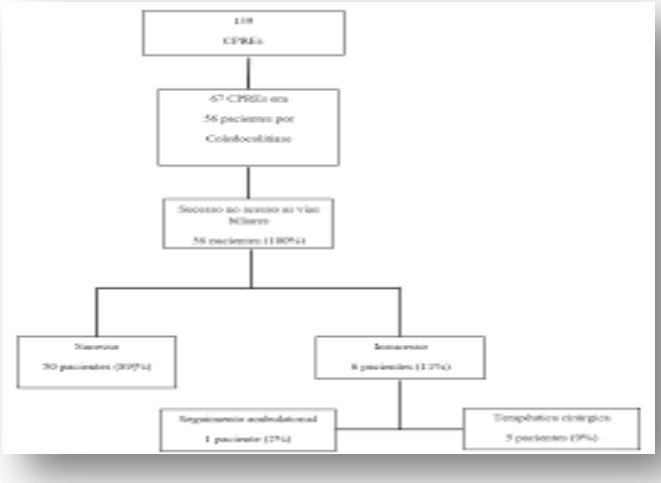
TRATAMENTO

O tratamento deve ser baseado inicialmente em suporte com reposição volêmica e antibioticoterapia para os patógenos mais frequentes. Os pacientes com colangite tóxica devem ser internados em UTI para melhor monetarização.

Nos pacientes com risco eminente de vida que não responde a terapêutica após 2 horas de suporte intensivo devem ser considerados para terapêutica descompressiva seja por endoscopia, percutânea ou cirúrgica assim como aqueles sem melhora apos 48 horas ou aqueles que apresentam piora apesar da terapêutica apropriada.

Nos pacientes com resposta adequada o tratamento definitivo da causa deve ser realizado no mesmo internamento com um intervalo habitual de aproximadamente 15 dias.

Figura 13.4.20-1 - Fluxo de cirurgia de coledocolitiase



13.4.21. Protocolo Admissão na U.T.I

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ADMISSÃO NA UTI	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Na chegada do paciente à unidade de terapia intensiva, deve-se proceder a uma abordagem sistemática, com o objetivo de identificar e tratar prontamente o surgimento de disfunções orgânicas.

O Intensivista deve identificar o paciente e obter o máximo de informações referentes aos antecedentes pessoais, uso de medicações no pré-operatório e exames complementares. É também fundamental o diálogo com a equipe de anestesistas e cirurgiões, para coleta detalhada das intercorrências do intra-operatório.

Quadro 13-8 - Admissão da UTI – Identificação e antecedentes

Identificação:nome, sexo, idade, peso, diagnóstico
Doenças de base: hipertensão, diabetes, doença arterial periférica, tabagismo/etilismo, uso de drogas ilícitas, DPOC, doença pulmonar intersticial, doença cerebrovascular, insuficiência renal, doença hepática, alergias, cirurgias prévias, neoplasias
Status funcional: sequela neurológica, demência, uso de órteses/próteses, estado nutricional
Medicações: antiagregantes, anticoagulantes, antiarrítmicos, betabloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio, nitratos e IECA
Exames complementares: eletrocardiograma, radiografia de tórax, ecocardiograma, coronariografia

DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; IECA: inibidores da enzima conversora de angiotensina.

Quadro 13-9 - Admissão na UTI – Dados do intra-operatório

Anestesia	**Cirurgia**	**CEC**
Tipo	Procedimento	Duração
Monitoração	Duração	Proteção
Intercorrências	Intercorrências	Hipotermia
Balanço hídrico	Drenos	Tempo de anóxia
Diurese	Esterno aberto	Antifibrinolíticos
Drogas vasoativas	Assistência	Hemoderivados

CEC: circulação extracorpórea.

Quadro 13-10 - Admissão na UTI – Exame físico

Inspeção geral	Checar débito de sondas e drenos, posicionamento correto do cateter central, marca-passo epicárdico, tubo orotraqueal e pressão arterial invasiva
Neurológico	Avaliar nível de sedação e curarização, pupilas e déficits neurológicos focais
Cardiovascular	Avaliar coloração da pele e temperatura, perfusão periférica, pressão arterial, frequência cardíaca e ritmo. Ausculta cardíaca à procura de sopros, abafamento de bulhas e atrito pericárdico; checar dose de drogas vasoativas
Respiratório	Ausculta pulmonar, avaliar oxigenação, sincronia paciente-ventilador, parâmetros ventilatórios, presença de dreno pleural
Trato digestivo	Avaliar jejum, débito de sonda nasogástrica, sinais de distensão abdominal e redução de ruídos hidroaéreos
Trato geniturinário	Avaliar volume urinário, presença de hematúria e sinais de bexigoma

Hematológico	Monitorar sinais de sangramento em ferida operatória e débito dos drenos

ROTINAS E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Os cuidados do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca são multidisciplinares e envolvem a participação de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e nutricionistas. Para o manejo adequado e ação coordenada da equipe, é importante o desenvolvimento de protocolos adequados à realidade e à necessidade de cada serviço.

Após a chegada do paciente na UTI, com a coleta de dados e minucioso exame físico, procede-se a realização de eletrocardiograma, radiografia de tórax e exames laboratoriais

Quadro 13-11 - Exames laboratoriais

Exames	POi	1 PO	2 PO
Na/K	A cada 6 h	A cada 12 h	1 vez/dia
Hb/Ht	A cada 6 h	2 vezes/dia	1 vez/dia
Dextro	A cada 2 h	A cada 2 h	A cada 2 h
Cálcio iônico	2 vezes/dia	1 vez/dia	1 vez/dia
Mg	1 vez/dia	ACM	ACM
Ur/Cr	1 vez/dia	1 vez/dia	1 vez/dia
Gasometria arterial	A cada 6 h	A cada 12 h	ACM
Gasometria venosa	A cada 6 h	A cada 12 h	1 vez/dia
Lactato	A cada 6 h	1 vez/dia	ACM
Contagem de plaquetas	1 vez/dia	1 vez/dia	ACM
Coagulograma	1 vez/dia	ACM	ACM
Radiografia de tórax	1 vez/dia	1 vez/dia	1 vez/dia
Eletrocardiograma	2 vezes/dia	2 vezes/dia	1 vez/dia

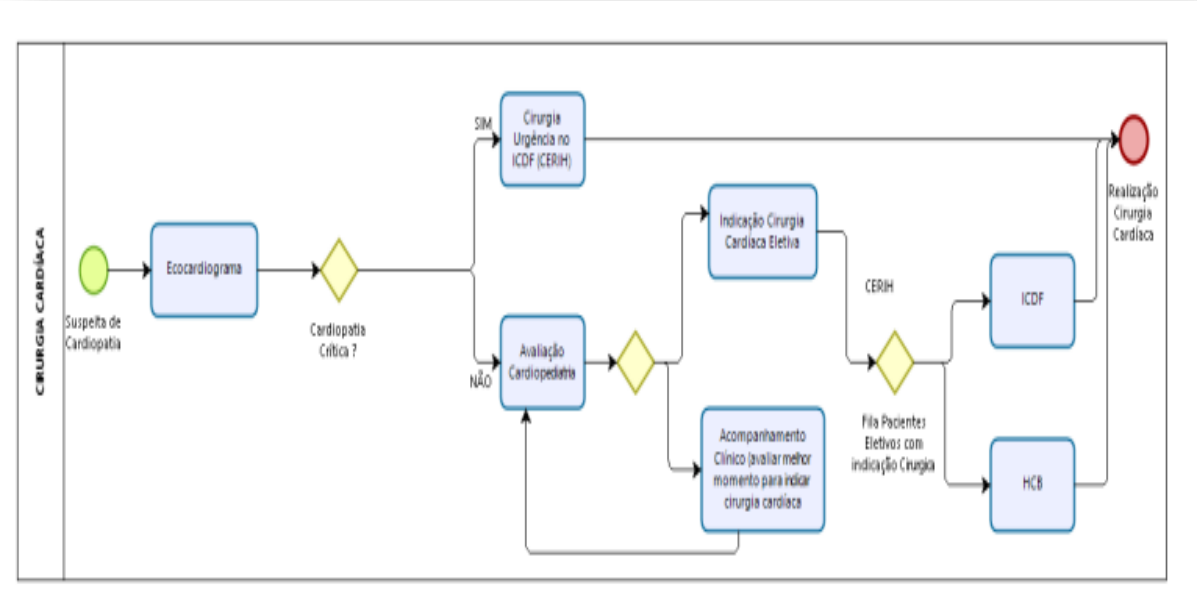
POi: pós-operatório imediato; ACM: a critério médico.

A prescrição médica deve ser elaborada conforme a rotina de cada unidade e de acordo com o julgamento clínico de cada caso. Como medidas gerais, sugere-se:

- **Dieta:** jejum, soro glicosado a 5% IV contínuo;
- **Profilaxia para úlceras de estresse**: omeprazol 40 mg IV 1 vez/dia; analgesia após extubação: tramadol 50 mg IV a cada 6 horas + dipirona 1 g IV a cada 6 horas;
- **Protocolo de controle glicêmico:** insulina regular 100 UI + SF0,9% 100 mL IV conforme dextro de a cada 1 hora, se duas glicemias capilares consecutivas > 200 mg/dL; antibioticoterapia profilática: cefuroxima 1,5 g IV na indução anestésica e 750 mg IV a cada 6 horas por 24 a 48 horas;
- **Profilaxia de TVP:** em geral, não é utilizada nas primeiras 48 horas. No 3º dia PO, pode-se considerar o uso de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 40 mg SC 1 vez/dia), caso o risco de sangramento seja baixo e na ausência de discrasias sanguíneas. Caso haja contraindicação ao uso de heparina, considerar o uso de meia elástica ou compressor pneumático;
- **Anticoagulação:** em geral, não é utilizada nas primeiras 48 horas. Nos pacientes sem sangramento ativo, com baixo débito dos drenos e indicação de anticoagulação plena, como os portadores de válvulas metálicas, deve-se iniciar heparina não fracionada em bomba de infusão contínua no 1º dia PO. Ajustar dose conforme tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa) a cada 6 horas. O alvo terapêutico deve ser individualizado de acordo com a posição da prótese. Recomenda-se R 2 a 3 para prótese aórtica e 2,5 a 3,5 para prótese mitral;
- **Marca-passo epicárdico:** quando inserido tanto no átrio direito quanto no ventrículo direito, permite o tratamento de todos os tipos de bradicardia e a utilização do overdrive pacing nas taquiarritmias. A remoção desse dispositivo deve ser planejada para o dia anterior à alta hospitalar, utilizando-se tração de forma delicada. Para pacientes recebendo varfarina, o INR deve estar abaixo de 1,5 para a retirada.

O paciente deve permanecer deitado por cerca de 2 horas após retirada do dispositivo. Nas raras ocasiões em que a remoção não for possível, tracionar os fios sem excesso de força e cortá-los rente à pele.

Figura 13.4.21-1 - Fluxo de Admissão na UTI



13.4.22. Protocolo Monitoração

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	MONITORIZAÇÃO	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

A monitoração do paciente deve incluir termômetro, cardioscópio, oximetria de pulso, cateter venoso central, pressão arterial invasiva e cateter de artéria pulmonar em casos selecionados.

DIAGNÓSTICO

Parâmetros de macro e micro-hemodinâmica são importantes para a adequada reposição volêmica, manejo de drogas vasoativas e diagnóstico precoce de complicações.

Parâmetros de Macro-hemodinâmica

- Pressão arterial média;
- Perfusão periférica/tempo de enchimento capilar;
- Diurese;
- Pressão venosa central;
- Débito cardíaco;
- Pressão de oclusão de artéria pulmonar.

Parâmetros de Micro-hemodinâmica Global

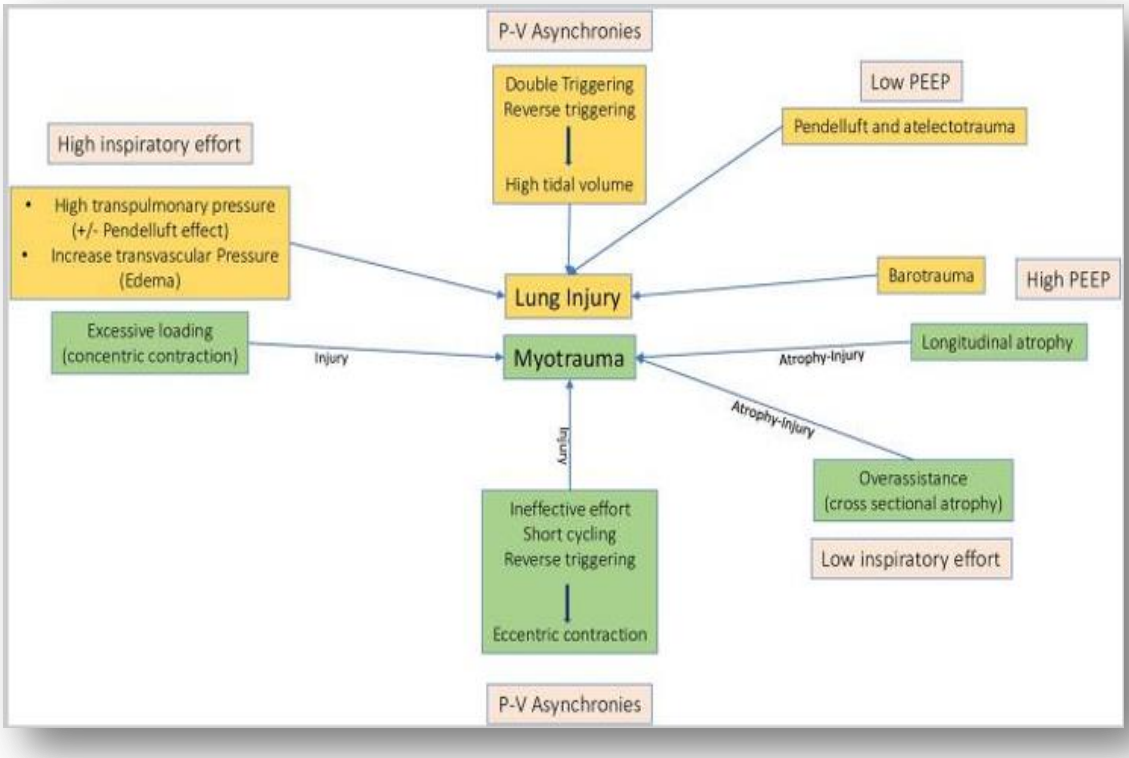
- Saturação venosa central;
- Lactato arterial;
- Excesso de bases;
- Diferença venoarterial de CO2.

O cateter de artéria pulmonar é frequentemente utilizado no pós-operatório para avaliação do débito cardíaco, pressão de artéria pulmonar e pré-carga ventricular. Tipicamente, é inserido no pré-operatório em pacientes com maior risco de complicações, em especial portadores de disfunção ventricular, insuficiência renal, cirurgia combinada de valva e y-pass coronariano, reoperação, hipertensão pulmonar e portadores de comorbidades graves. Nos pacientes com evolução desfavorável e que não possuam o dispositivo, a inserção pode ser realizada.

O eletrocardiograma deve ser realizado diariamente, com objetivo de detectar alterações sugestivas de isquemia (ondas Q, alteração do segmento ST) ou distúrbios do ritmo. Para tanto, é fundamental a comparação entre os traçados pré e pós-operatórios. Nas primeiras 48 horas, deve ser realizado 2 vezes/dia.

O ecocardiograma é uma ferramenta útil para o diagnóstico de complicações no pós-operatório, tais como disfunção ventricular, alterações segmentares sugestivas de isquemia, tamponamento cardíaco e disfunções valvares. Não deve, entretanto, ser indicado de rotina, mas apenas de acordo com suspeita clínica.

Figura 13.4.22-1 - Fluxo De Monitoramento



13.4.23. Protocolo Embolia Pulmonar

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	EMBOLIA PULMONAR	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

Uma vez diagnosticada a embolia pulmonar ou havendo evidências consistentes de sua provável existência, o tratamento deve ser iniciado imediatamente devido à sua elevada mortalidade hospitalar - cerca de 1/3 para os não tratados e de 10% para os tratados.

DIAGNÓSTICO

- A confirmação diagnóstica história clínica e a atenção aos fatores de risco do paciente para embolia. O relato de diagnóstico recente de trombose em membros inferiores e histórico prévio de eventos embólicos em pacientes com queixas pulmonares também fornecem indícios muito sugestivos de quadro de tromboembolismo. Evidentemente, a ausência de um fator de risco recente para esse evento pode dificultar mais suspeita clínica.
- Exames cardiológicos, como o eletrocardiograma e o ecocardiograma, e de recursos de imagem do tórax, a exemplo de cintilografia, tomografia e ressonância magnética, e em alguns casos de arteriografia dos pulmões. Por meio do uso de contraste, esse exame permite verificar o fluxo sanguíneo nas artérias pulmonares e identificar exatamente os pontos de oclusão.

TRATAMENTO:

- A terapêutica inicial visa a estabilidade clínica oferecendo, se necessário, suporte hemodinâmico e ventilatório.
- O tratamento essencial da embolia pulmonar é feito com o uso do anticoagulante venoso, heparina.

- Tem como objetivo prevenir a formação de novos trombos e diminuir a ação de substâncias vasoativas, como a serotonina e o trombo- xane-A2, liberadas pelas plaquetas ativadas encontradas no trombo original.
- A dose de ataque da heparina não fracionada é de 80 U/kg em bolus EV seguida por uma infusão contínua de 18 U/kg/h por 5 a 7 dias, incluindo o período de uso combinado com o anticoagulante oral (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C e D)
- A utilização das heparinas de baixo peso molecular na embolia pulmonar vem se ampliando nos últimos anos 190, possuindo uma maior ação sobre o fator de coagulação Xa do que sobre o fator IIa quando comparada com a heparina não-fracionada e possibilitando maior atividade antitrombótica com menor risco de sangramentos 191,192.
- A enoxaparina deve ser usada por via subcutânea na dose de 1 mg/kg a cada 12h ou 1,5 mg/kg, uma vez ao dia; a nadroparina na dose de 85 U/kg a cada 12h ou 170 U/kg, uma vez ao dia; e a dalteparina na dose de 200 U/kg/dia 190,193 (Grau de Recomendação IIa, Nível de Evidência C)Nos pacientes clinicamente instáveis, nos quais a pro- babilidade de embolia pulmonar maciça é grande, deve-se utilizar as drogas trombolíticas que permitam lise mais rápida do trombo, promovendo uma melhora clínica mais efetiva 194. Utiliza-se a estreptoquinase por via EV na dose de 250.000 U em bolus seguida de uma infusão de 100.000 U/h durante 24 a 72h, ou o rt-PA na dose de 100 U EV em infusão durante 2h (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C).
- A trombólise na embolia pulmonar, como em qualquer outra situação clínica, apresenta uma série de contraindicações que devem ser respeitadas. Além dos pacientes clinicamente instáveis, um subgrupo de pacientes com estabilidade hemodinâmica e ventilatória, porém com disfunção do ventrículo direito ao ecocardiograma, pode também se beneficiar do uso de trombolíticos. (Grau de Recomendação II, Nível de Evidência C).

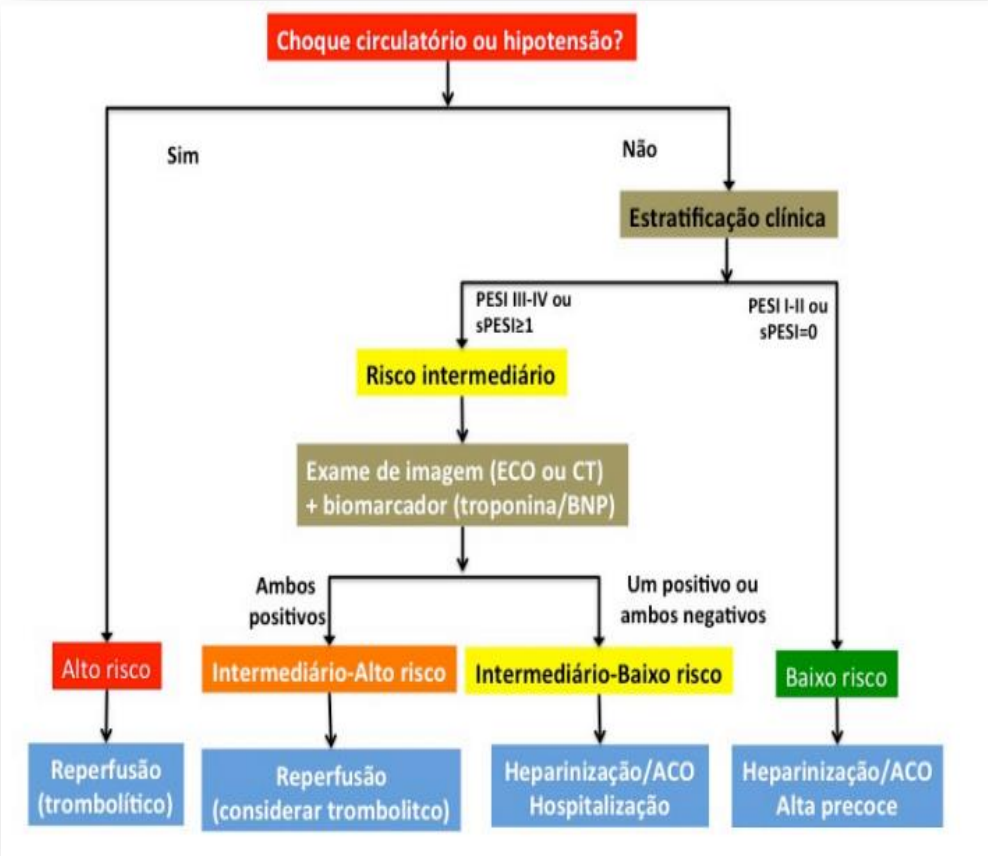
Tratamento inicial da dissecção aguda da aorta

- No caso de suspeita clínica de dissecção aguda da aorta a terapêutica farmacológica deve ser instituída o mais rápido possível com objetivo de estabilizar a dissecção e evitar complicações catastróficas, como a ruptura da aorta. Para isso o tratamento padrão é feito através do uso de vasodilatadores, como o nitroprussiato de sódio, em associação com betabloqueadores (propranolol, metoprolol, esmolol ou atenolol) (preferencialmente venoso), visando a redução do cronotropismo e do inotropismo, ou

utilizar o labetalol que possui ambos os efeitos (Grau de Recomendação I e Nível de Evidência Ce D).

- Nos pacientes com contraindicação ao uso de betabloqueadores podemos utilizar o enalaprilato venoso. O controle da dor deve ser feito com sulfato de morfina, que também auxilia na redução da pressão arterial e estabilização da dissecção. Os pacientes deverão ser submetidos à monitorização oxidinâmica, do débito urinário e da pressão arterial, e encaminhados à unidade de terapia intensiva e/ou ao centro cirúrgico tão logo indicado e possível. Aqueles com instabilidade hemodinâmica deverão ser colocados em suporte ventilatório e submetidos a monitorização invasiva da pressão arterial e das pressões do coração direito para melhor controle das pressões de enchimento e do débito cardíaco, além das variáveis de oxigenação tissular.
- O tratamento cirúrgico imediato é reservado para as dissecções agudas que envolvam a aorta ascendente ou o arco aórtico (tipo A de De Bakey) e para dissecções distais complicadas (oclusão de um ramo aórtico importante, extensão da dissecção e evidências de ruptura aórtica) ou não estabilizadas com o tratamento clínico (Grau de Recomendação I e Nível de Evidência C e D).Em pacientes com dissecção não complicada que poupem a aorta ascendente (tipo B) e com dissecção crônica da aorta o tratamento clínico é o passo inicial 109,110,114,115,195 (Grau de Recomendação I e Nível de Evidência C e D).

Figura 13.4.23-1 - Fluxo de tromboembolismo pulmonar



13.4.24. Protocolo Atendimento Taquiarritmias

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	TAQUIARRITIMIA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBETIVO:

Alterações do ritmo cardíaco caracterizadas por frequência cardíaca (FC) maior ou igual a 100 batimentos por minuto (bpm), com a presença de pulso. Geralmente a FC está maior ou igual a 150 bpm para causar sinais e sintomas de instabilidade relacionados à taquicardia

DIAGNÓSTICO:

As decisões sobre o tratamento de taquicardias clinicamente significativas exigem que os médicos perguntem e respondam a duas questões – chave:

O paciente está estável ou instável? Com sinais e sintomas importantes devidos a taquicardia? Em geral, as taquicardias estáveis são tratadas com fármacos (pelo menos inicialmente) ao passo que as taquicardias instáveis exigem cardioversão imediata.A questão do ECG: O complexo QRS é largo ou estreito? Isto é importante primariamente porque orienta a escolha da farmacoterapia.

ECG: - QRS estreito (< 0,12 ms):

* R-R irregular = fibrilação atrial (FA), flutter atrial e taquicardia atrial multifocal;

* R-R regular = taquicardia por reentrada nodal (TRN), taquicardia atrial, flutter atrial e taquicardia por reentrada átrio-ventricular (TRAV). - QRS alargado (≥ 0,12 ms): 80% dos casos são taquicardia ventricular (TV):

* R-R regular = TV monomórfica, ou taquicardia supraventricular com condução aberrante;

* R-R irregular = TV polimórfica, torsades de pointes, fibrilação atrial associada com préexcitação ventricular.

Exames Complementares:

O Eletrocardiograma (ECG) é fundamental na avaliação das taquiarritmias principalmente quando hemodinamicamente estáveis

TRATAMENTO:

- Princípios de novos tratamentos para arritmias
- Antiarrítmicos são também pró-arrítmicos.
- Um antiarrítmico pode auxiliar, mais de um pode ser nocivo. O uso de dois ou mais antiarrítmicos aumenta o risco de complicações da função e do ritmo cardíaco.
- Os antiarrítmicos podem agravar o estado de um coração debilitado. Se o paciente com taquicardia sintomática tem a função miocárdica deteriorada, a maioria dos antiarrítmicos agravará a função cardíaca.
- A cardioversão elétrica pode ser a intervenção de escolha ou um "segundo antiarrítmico". Vale o critério "instável x estável, respectivamente".

- Primeiro o diagnóstico, depois o tratamento. As novas diretrizes estabelecem uma prioridade maior na identificação da arritmia, se o tempo e estado clínico permitirem.

Taquicardia estável

- A taquicardia estável refere-se à condição em que o paciente apresenta:
- FC > 100bpm
- Nenhum sinal ou sintoma significativo causado por aumento da frequência cardíaca.
- Uma anormalidade cardíaca subjacente que gera o ritmo (p.ex., febre e exercício são condições sistêmicas, não condições cardíacas).

O algoritmo oferece 4 classes ou quadros de triagem para taquicardia estável:

- Fibrilação / Flutter atrial
- Taquicardias de complexo estreito
- Taquicardias de complexo largo de tipo desconhecido
- Taquicardias ventriculares (monomórfica ou polimórfica)

Se em algum momento o paciente começa a se tornar hemodinamicamente instável o médico deve alterar o protocolo para "Taquicardia Instável" e iniciar a preparação para cardioversão sincronizada.

Figura 13.4.24-1 - Algoritmo– Taquicardia Com Pulso

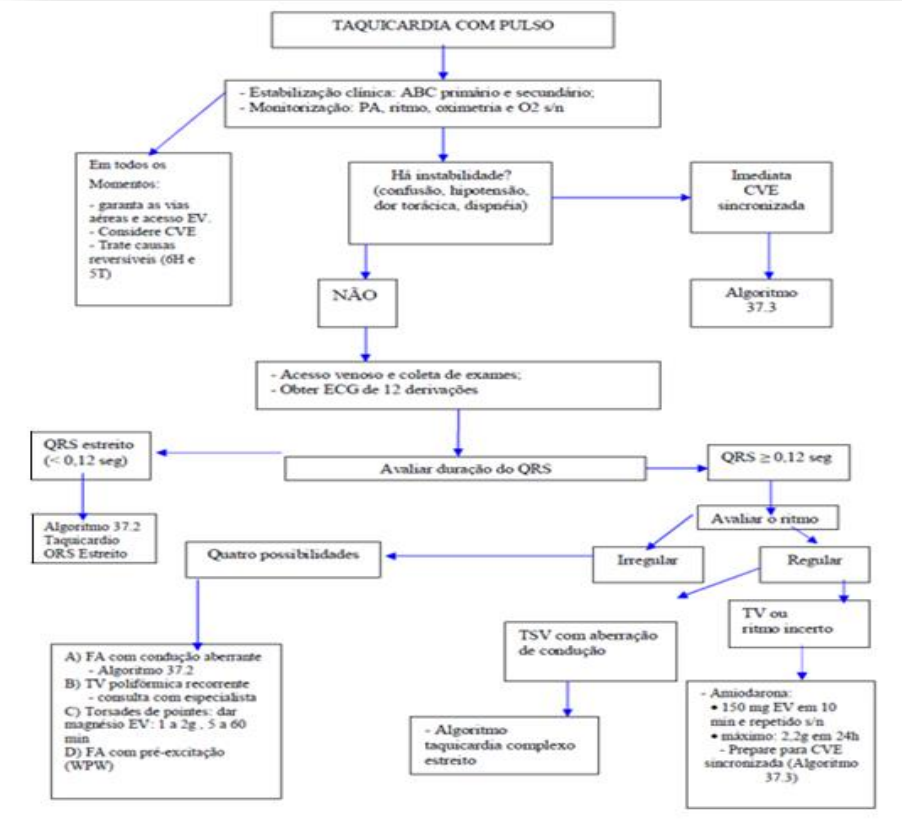


Figura 13.4.24-2 - Taquicardia Com QRS Estreito

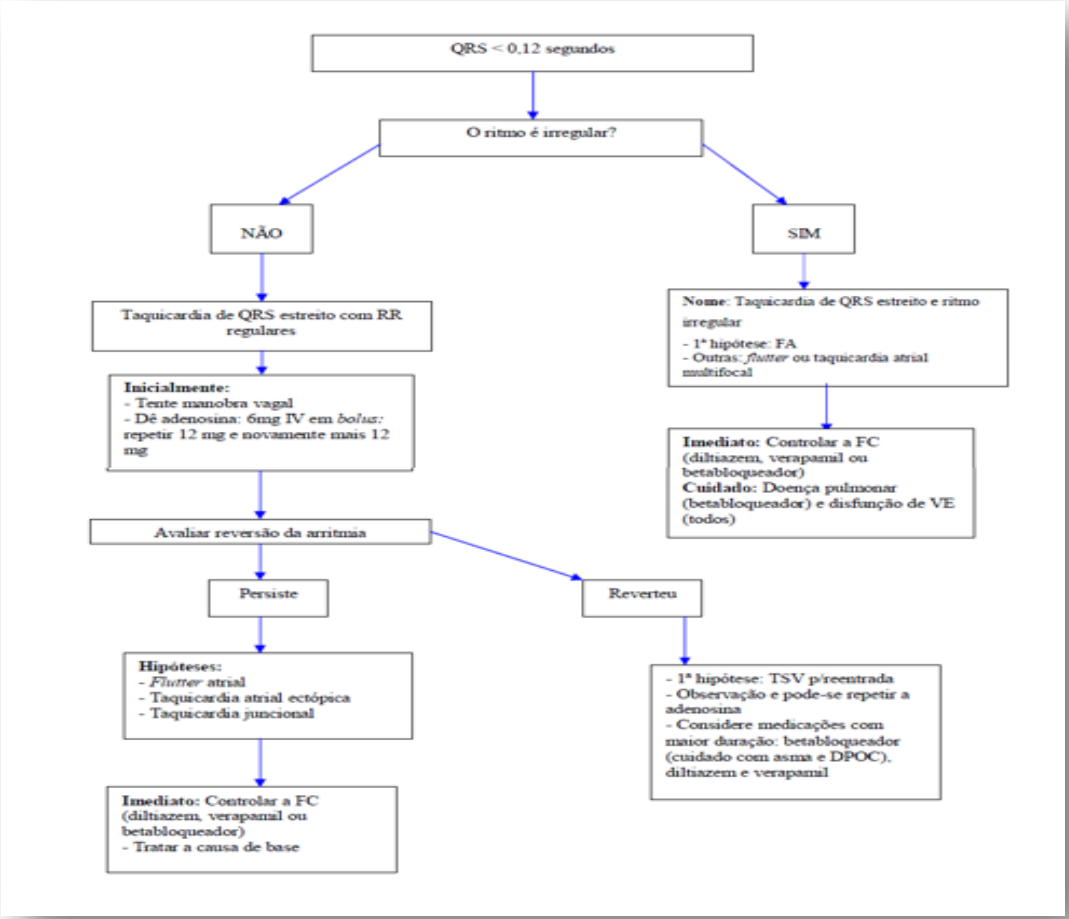
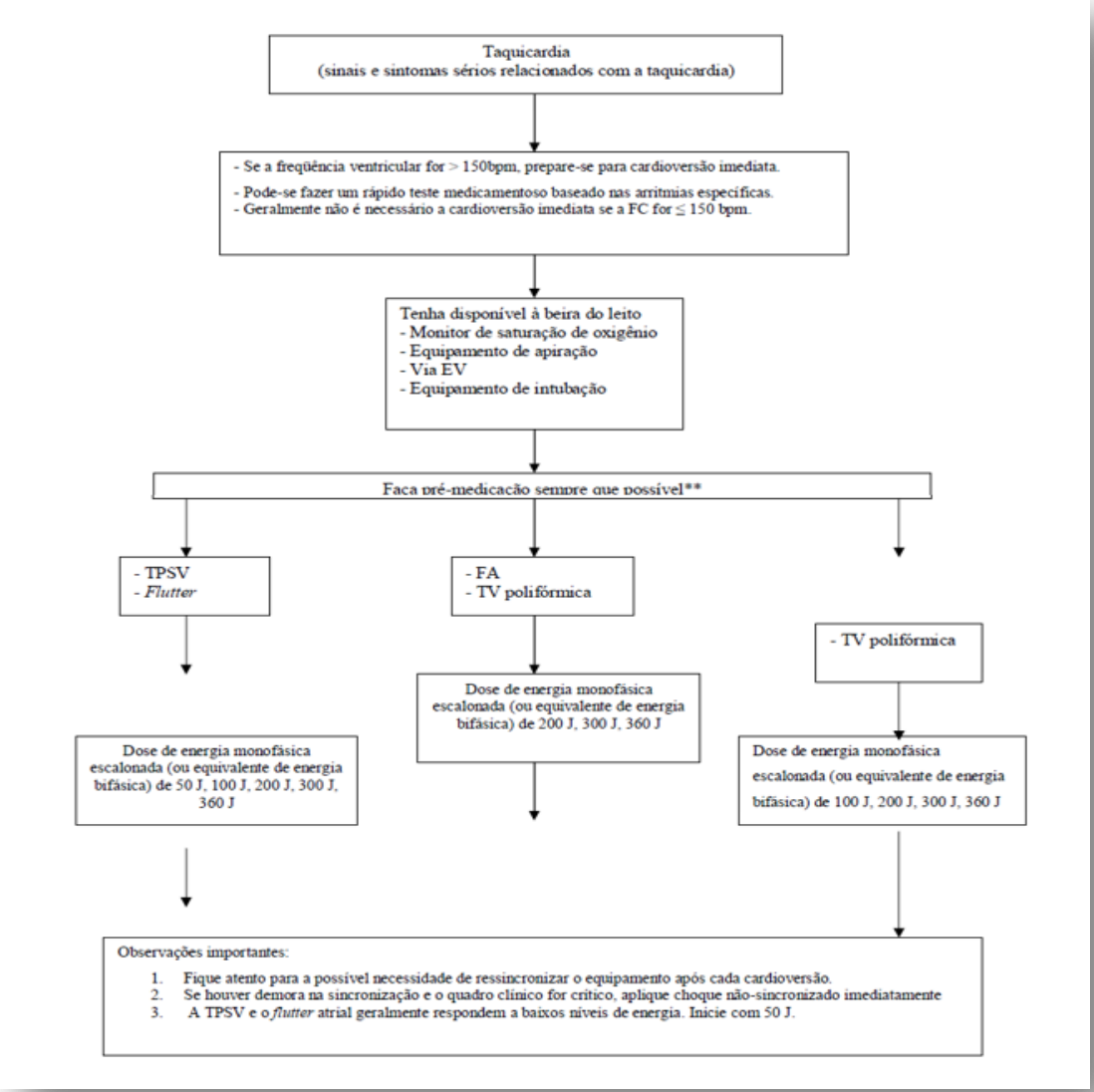


Figura 13.4.24-3 - Algoritmo – Cardioversão Sincronizada



Taquicardias Instáveis

A taquicardia instável existe quando o coração bate rápido demais para a condição cardiovascular do paciente. Tal elevação da frequência cardíaca reduz o período de diástole entre os batimentos, impedindo que sangue suficiente flua para o coração. Um volume sanguíneo reduzido nos ventrículos significa que o volume sistólico também é reduzido. O termo "bater rápido demais" também implica em "bater de forma ineficiente".

A força e a coordenação das contrações ventriculares são insuficientes para manter o volume sistólico.

As chaves para o tratamento de pacientes em taquicardia instável são: o reconhecimento rápido de que o paciente está significativamente sintomático ou, até mesmo, instável; e o reconhecimento rápido de que os sinais e sintomas são causados pela taquicardia.

A taquicardia sinusal não é uma forma de taquicardia sintomática.

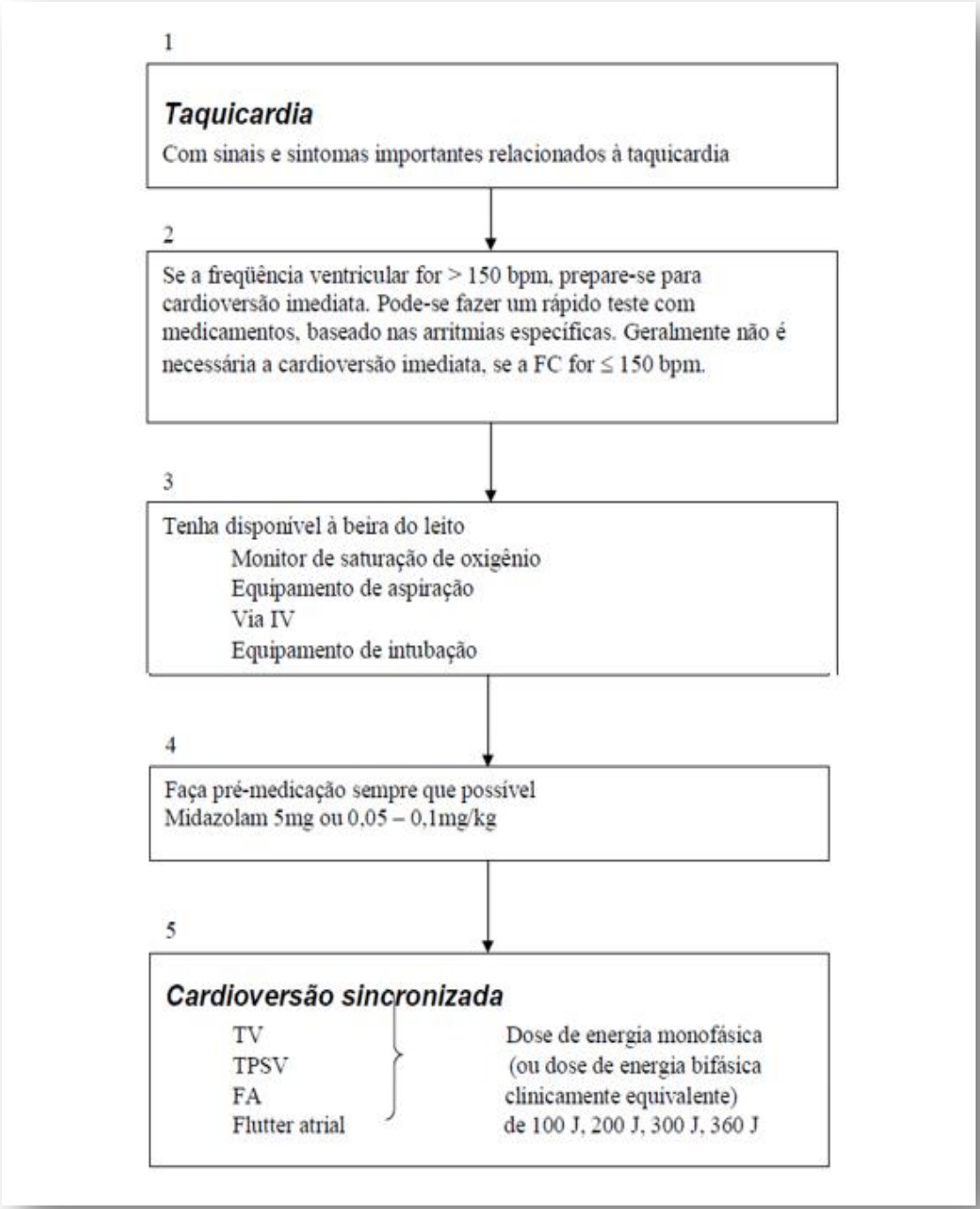
Não é uma arritmia e não irá responder à cardioversão.

O Flutter atrial produz tipicamente uma FC próxima a 150bpm. Frequências tão altas muitas vezes provocam sintomas e a cardioversão é frequentemente necessária. A cardioversão do flutter atrial pode ser frequentemente atingida com níveis de energia menores (50J) do que os necessários para outras arritmias.

O algoritmo para cardioversão sincronizada recomenda uma sequência padrão de níveis de energia para a cardioversão sincronizada: 100J – 200J – 300J – 360J (quando desfibriladores monofásicos).

As duas exceções são o flutter atrial, que responde com frequência a níveis de energia mais baixos (tais como 50J), e a TV polimórfica que frequentemente necessita de níveis de energia mais baixos.

Figura 13.4.24-4 - Algoritmo Para Taquicardia Instável: Cardioversão Sincronizada



13.4.25. Protocolo Insuficiência Cardíaca - IC

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	INSUFICIÊNCIA CARDIACA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

A insuficiência cardíaca (IC) pode ocorrer como consequência de qualquer doença que afete o coração, tendo uma prevalência bastante elevada na população. Encontra-se em progressão, devido ao envelhecimento da população e a um aumento da sobrevida dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a doença arterial coronariana (DAC).

A IC é uma síndrome clínica definida pela disfunção cardíaca que causa suprimento sanguíneo inadequado para as demandas metabólicas dos tecidos. Cerca de 60% dos casos de IC ocorrem por um déficit na contratilidade ventricular (disfunção sistólica) sendo a disfunção diastólica responsável pelos 40% restantes. A disfunção diastólica é definida como a IC em que o paciente apresenta função sistólica normal, ou seja, fração de ejeção ao ecocardiograma superior a 45%.

Os sinais e sintomas isoladamente apresentam limitações de sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de IC. Os mais específicos são a presença de B3 e a pressão venosa elevada, sendo, porém, pouco sensíveis. Por isso a organização dos sinais e sintomas através de critérios maiores e menores (Framingham) melhora a acurácia do diagnóstico clínico.

Figura 13.4.25-1 - Critérios de Framingham para IC

Critérios maiores	Critérios menores
Dispnéia paroxística noturna	Edema de membros
Distensão de veias do pescoço (turgência jugular)	Tosse noturna
Estertores pulmonares	Dispnéia de esforço
Cardiomegalia	Hepatomegalia

Edema agudo de pulmão	Derrame pleural
Galope de terceira bulha (B3)	Capacidade vital reduzida a 1/3 do normal
Pressão venosa aumentada (>16 mmHg)	Taquicardia (>120 bpm)
Refluxo hepatojugular	

Classificação:

Uma vez feito o diagnóstico de IC, devemos avaliar a classe funcional do paciente, baseada tradicionalmente nos sintomas segundo a Classificação da New York Heart Association- NYHA, que, apesar do grau de subjetividade, tem boa correlação com prognóstico e qualidade de vida.

Quadro 13-12 -Classificação da New York Heart Association- NYHA

• Classe I - Ausência de sintomas (dispnéia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada para indivíduos normais
• Classe II - Sintomas desencadeados por atividades cotidianas
• Classe III - Sintomas desencadeados por atividades menos intensas que as cotidianas ou aos pequenos esforços
• Classe IV - Sintomas em repouso

Acompanhamento:

Os principais objetivos diante de um paciente com IC são:

- Identificar etiologia;
- Identificar possíveis fatores precipitantes;
- Definir se disfunção sistólica ou diastólica predominante;
- Identificar pacientes que possam se beneficiar de terapêuticas específicas (ex: cirurgia, marcapasso).

Dados de história, exame físico, eletrocardiograma e exames laboratoriais ajudam a definir o diagnóstico etiológico de IC:

Quadro 13-13 - Dados de história do diagnóstico etiológico de IC

Situação	Etiologia provável
Angina de peito, infarto prévio, fatores de risco para aterosclerose	Cardiopatia isquêmica
Área inativa (fibrose) em ECG ou disfunção segmentar (hipocinesia ou acinesia segmentar em ecocardiograma)	Cardiopatia isquêmica
Proveniente de área endêmica para doença de Chagas, familiares com doença de Chagas ou ECG com padrão de bloqueio de ramo direito + hemibloqueio anterior esquerdo	Cardiopatia chagásica
Hipertrofia ventricular em ECG ou ecocardiograma com função sistólica preservada	Cardiopatia hipertensiva
Ingesta excessiva de álcool	Cardiopatia alcoólica
IC iniciada periparto (1 mês antes ou 5 meses após)	Cardiopatia periparto

Os principais fatores precipitantes de descompensação em um paciente com IC e que devem ser procurados são:

- Infecção,
- Interrupção do(s) medicamentos,
- Ingesta hídrica ou salina excessiva,
- Isquemia miocárdica, embolia pulmonar,
- Insuficiência renal,
- Anemia,
- Crise hipertensiva,
- Arritmias, abuso de álcool,
- Drogas (anti-inflamatórios, bloqueadores de canal de cálcio).

Quadro 13-14 - Sugestão de periodicidade de consultas e nível de atenção:

• Classe funcional (CF) I e II	Trimestral na Estratégia de Saúde da

	Família
• Classe funcional (CF) III e IV	A critério da Equipe de Saúde, em acompanhamento com especialista

Quadro 13-15 - Rotina mínima de Exames

Hemograma Completo Sódio Potássio Creatinina Glicemia	Deverão ser realizados na avaliação inicial e de acordo com a indicação médica e na dependência da condição clínica do paciente.
Eletrocardiograma	Na avaliação inicial e conforme critério clínico. Um ECG normal torna o diagnóstico de IC improvável e exclui em cerca de 90% a presença de disfunção sistólica Bloqueio de ramo esquerdo (BRE) e zona inativa anterior são indicativos de disfunção sistólica. Achados comuns no ECG de pacientes com IC: fibrilação atrial, sobrecarga de Átrio Esquerdo (AE) e/ou de Ventrículo Esquerdo (VE). Bloqueio de ramo direito (BRD) associado com hemibloqueio anterior esquerdo (HBAE) sugere cardiopatia chagásica se paciente com história epidemiológica positiva.
RX de tórax	Na avaliação inicial e conforme critério clínico. A IC pode ocorrer sem cardiomegalia, principalmente naqueles com IC aguda ou naqueles com IC com função sistólica normal. São marcadores úteis de disfunção ventricular: cardiomegalia, sinais de congestão pulmonar (redistribuição vascular para ápices, edema intersticial e/ou alveolar, derrame pleural). Pode identificar presença de doença pulmonar, que pode

	ser responsável pelos sintomas.
Ecodopplercardiograma	Deve ser realizado em todo paciente com suspeita de IC sendo útil tanto na confirmação diagnóstica quanto na definição da etiologia. A presença de fração de ejeção superior a 45% em pacientes com IC define a IC diastólica.

Outros exames podem ser solicitados de acordo com a suspeita clínica do médico, como por exemplo:

- Provas de função hepática,
- TSH,
- Sorologia para Doença de Chagas.

TRATAMENTO:

Abordagem da IC

Quadro 13-16 - Prevenção e o tratamento da IC baseada nos estágios A-D é bastante útil

Estágios	Condição	Conduta
A	Paciente de alto risco de desenvolver IC, ainda sem lesão estrutural	Não é indicado rastreamento por ecocardiograma
B	Pacientes com doença estrutural, porém sem sintomas	Se identificado através de ecocardiograma (ex: coronariopata) deve ser encaminhado de acordo com a linha de cuidado específica
C	Pacientes com doença estrutural e IC sintomática	Tratamento segundo a Linha de cuidado de Insuficiência Cardíaca
D	Pacientes refratários ao tratamento convencional	

Abordagem não farmacológica

Além das recomendações sobre Mudanças de Estilo de Vida, as atividades físicas para os pacientes com IC devem ser realizadas, inicialmente, com supervisão.

Restrição hídrica – 1.000 a 1.500 ml nos pacientes com risco de hipervolemia.

Prevenção de fatores agravantes:

- Vacinação: A IC é condição de alto risco para infecções do trato respiratório podendo levar à descompensação. Sendo assim, preventivamente, os pacientes com IC devem receber vacina contra Influenza (anualmente) e Pneumococcus (a cada 5 anos; se IC grave, a cada 3 anos);
- Evitar anti-inflamatórios não esteróides (AINH): Os AINH clássicos (ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno) causam retenção hídrica e elevação da PA. Os inibidores da Cox-2, além desses efeitos, são pró-trombóticos. Se uso for imprescindível, necessidade de maior vigilância com peso, edema e função renal;
- Supressão do álcool nos pacientes com cardiopatia alcoólica;

Orientação para viagens:

- Indicar meia elástica de média compressão se viagem aérea maior que 4 horas de duração;

Outros cuidados:

- Orientar intervenções comportamentais, com técnicas envolvendo meditação e relaxamento, programas de exercício físico têm sido recomendados para melhora clínica em pacientes estáveis após realização de teste de esforço;
- Recomenda-se que durante o exercício seja mantida 60 a 85% da frequência máxima alcançada no teste de esforço, sob supervisão; - Orientação sexual para pacientes com IC estável. Fármacos inibidores da fosfodiesterase (sildenafil) podem ser indicados em pacientes otimizados farmacologicamente e com disfunção erétil, sendo contraindicação absoluta o uso de nitrato.

Quadro 13-17 - Principais fármacos utilizados no tratamento da IC e que estão associados às disfunções sexuais:

Disfunções Sexuais	Fármacos
Impotência	Hidroclorotiazida, espironolactona, betabloqueador,

	digoxina, amiodarona, IECA, losartana, valsartan
Diminuição da libido	Hidroclorotiazida, espironolactona, propranolol
Ginecomastia	Espironolactona, digoxina
Hirsutismo	Espironolactona
Irregularidades menstruais	Espironolactona

Tratamento Farmacológico

Quadro 13-18 - Principais opções terapêuticas no tratamento da IC

Fármacos	Propriedades	Indicação
Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA)	Melhora sobrevida na IC	Deve ser iniciado em todos os pacientes com disfunção sistólica sintomática ou assintomática, exceto se contra-indicações
Beta-bloqueadores (Carvedilol)	Melhora sobrevida na IC	IC classe funcional II-IV da NYHA com disfunção sistólica (+IECA) Paciente assintomático (estágio B) com disfunção sistólica após IAM (+IECA)
Diuréticos (tiazídicos e diuréticos de alça)	Não melhora sobrevida na IC, usados para diminuir sintomas congestivos	Pacientes sintomáticos com sinais e sintomas de congestão
Diuréticos (espironolactona)	Não melhora sobrevida IC	Pacientes sintomáticos com disfunção sistólica, classe funcional III-IV, associado ao tratamento padrão
Digoxina	Não melhora sobrevida IC	IC com disfunção sistólica

	mas melhora sintomas e ajuda controlar frequência ventricular na fibrilação atrial	em ritmo sinusal ou fibrilação atrial (FA), sintomáticos com terapêutica otimizada; IC com disfunção sistólica e FA, assintomáticos, para controle da frequência
Nitratos + hidralazina	Usados para melhora de sintomas, principalmente naqueles com contra-indicação a IECA	
Antagonistas de receptor da angiotensina II (Losartana)	Usado caso verdadeira intolerância aos IECA	Pacientes que apresentarem tosse seca após utilização de captopril ou enalapril, sem que haja outra causa definida.
Warfarim	Não melhora sobrevida IC, não usado rotineiramente	Usado para anticoagulação se fibrilação atrial, trombo em VE ou embolia prévia
Amiodarona	Não melhora sobrevida IC, não usado rotineiramente	Avaliar uso no controle de arritmias

Quadro 13-19 - Medicamentos para Tratamento do IC

Fármaco	**Posologia (mg) (mín-máx)**	**Doses**	**Efeitos colaterais**	**Contra-indicações**
Captopril	6,25 - 150	3	Tosse, hipotensão	Potássio > 5,5

Enalapril	2,5 - 20	2	arterial (suspender apenas se associada a sintomas ou piora de função renal), angioedema Cuidado se Creatinina >3,0 mg/dl	mEq/l, estenose bilateral de artérias renais, alergia prévia, hipotensão arterial sintomática, estenose aórtica grave
Losartana	25 - 100	1	Tontura, reação de hipersensibilidade cutânea (raro) e efeitos teratogênicos	
Carvedilol*	3,125 - 25	2	Hipotensão arterial sintomática; bradicardia importante; bloqueio atrioventricular (BAV)	FC < 50 bpm Intervalo PR em ECG > 0,28s; BAV 2º ou 3º graus
Atenolol*[1]	25 - 200	2		
Espironolactona	12,5 - 50	1	hiperpotassemia, ginecomastia dolorosa ou não Monitorar semanalmente níveis de potássio no 1o mês de tratamento	não recomendado se Creatinina > 2,5 mg/dl ou potássio > 5
Hidroclorotiazida	25 - 50	1	hipocalemia, hipomagnesemia hiponatremia, hiperglicemia, hiperuricemia/gota, hipovolemia	Não fazer em pacientes com disfunção sistólica assintomáticos ou pacientes hipovolêmicos
Furosemida	40 -240	1 - 3		

Digoxina*²	0,125 ou 0,25	1	Sinais de intoxicação digitálica: gastrointestinal (anorexia, náuseas e vômitos), neurológicos (confusão mental, xantopsia), cardiovascular (BAVs, ESV polimórficas frequentes) Aumentam nível sérico de digoxina: amiodarona, quinolonas, diltiazem, verapamil, quinidina)	Não indicado se FE > 45% e ritmo sinusal; - BAV 2o grau ou BAV 3º, doença do nodo sinusal sem proteção de marcapasso e síndrome de pré-excitação

* ajuste a cada 7-14 dias: 6,25 – 12,5 – 25

*¹ ajuste a cada 7-14 dias: 25 – 50 – 75 – 100 – 125 – 150 - 200

*² se idoso, insuficiência renal ou baixo peso, pode ser 0,125 mg em dias alternados.

Figura 13.4.25-2 - Linha De Cuidado Da Insuficiência Cardíaca

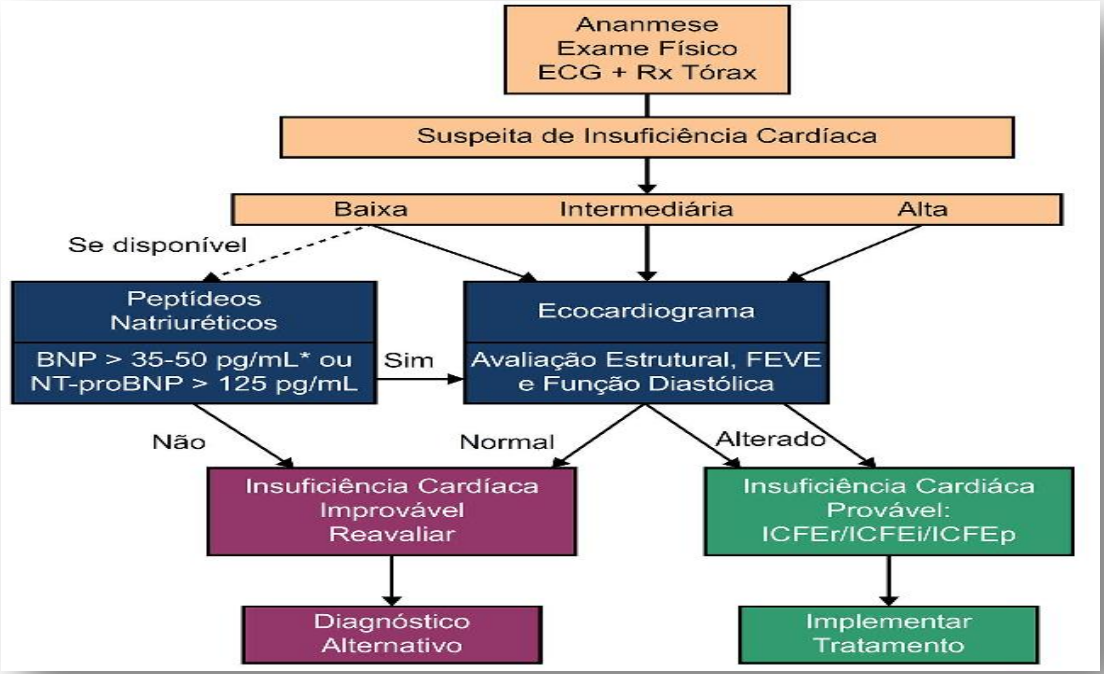
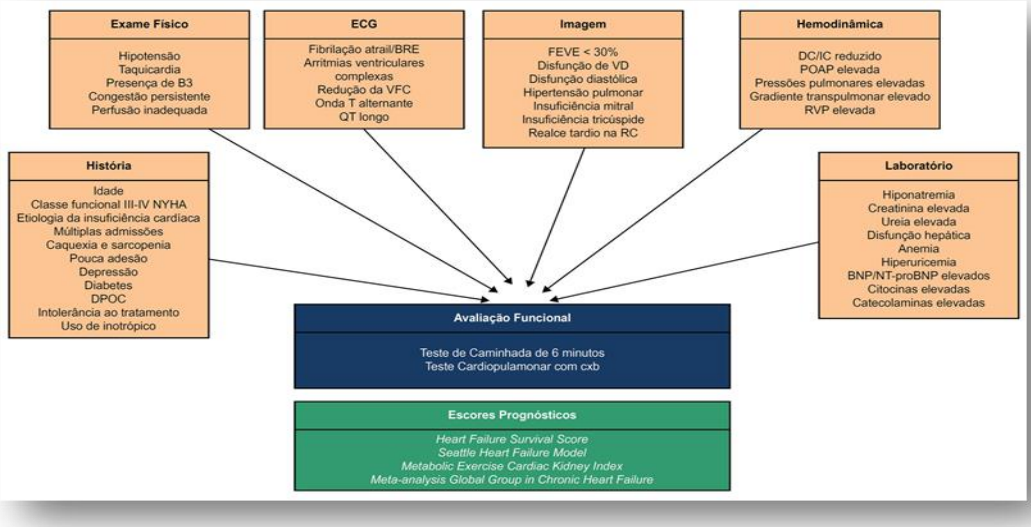


Figura 13.4.25-3 - Linha De Cuidado Da Insuficiência Cardíaca



Situações Especiais:

- IC com fração de ejeção preservada (> 45-50%)

- É definida quando há presença de sinais e/ou sintomas de IC congestiva + função sistólica normal (definida pelo ecocardiograma com fração de ejeção acima de 45-50% e evidências objetivas de disfunção diastólica pelo ecocardiograma).
- Ocorre mais frequentemente em mulheres, idosos, diabetes, pacientes com hipertrofia ventricular esquerda e obesidade.
- O tratamento baseia-se principalmente no tratamento da condição associada, não há indicação para a utilização de digital.

Questões Legais:

- A IC é uma forma de cardiopatia grave que garante a aposentadoria integral, sem período de latência no Brasil.

Indicações

- IC crônica sistólica sintomática - CF III; FEVE < 40%
- Afastamento do trabalho que requeira esforço físico leve a moderado.
- Aposentadoria, respeitados os prazos legais, exceto quando submetido a transplante cardíaco.
- Candidato à isenção ao imposto de renda.
- IC crônica sistólica assintomática - CF I - II; FEVE < 40%
- Afastamento do trabalho apenas para atividades que exijam grandes esforços.
- Afastamento do trabalho quando a atividade profissional implica em risco pessoal ou coletivo.
- IC crônica diastólica sintomática - CF III – IV
- Afastamento se confirmado por provas funcionais ou marcador bioquímico.
- Aposentadoria, respeitados os prazos legais, exceto quando submetido a transplante cardíaco.
- Candidato à isenção ao imposto de renda.

Prognóstico:

Uma vez instalada, a disfunção ventricular sistólica usualmente progride. A mortalidade dos pacientes com IC ocorre basicamente de forma súbita ou por progressiva falência de bomba. No estudo de Framingham, apenas 25% dos homens e 38% das mulheres sobreviveram 5 anos após o diagnóstico de IC. Essa mortalidade foi 4 a 8 vezes maior que a da população geral da mesma idade.

Figura 13.4.25-4 - IC Aguda nova/hipertensivo-vascular com hipervolemia pulmonar e hipovolemia periférica

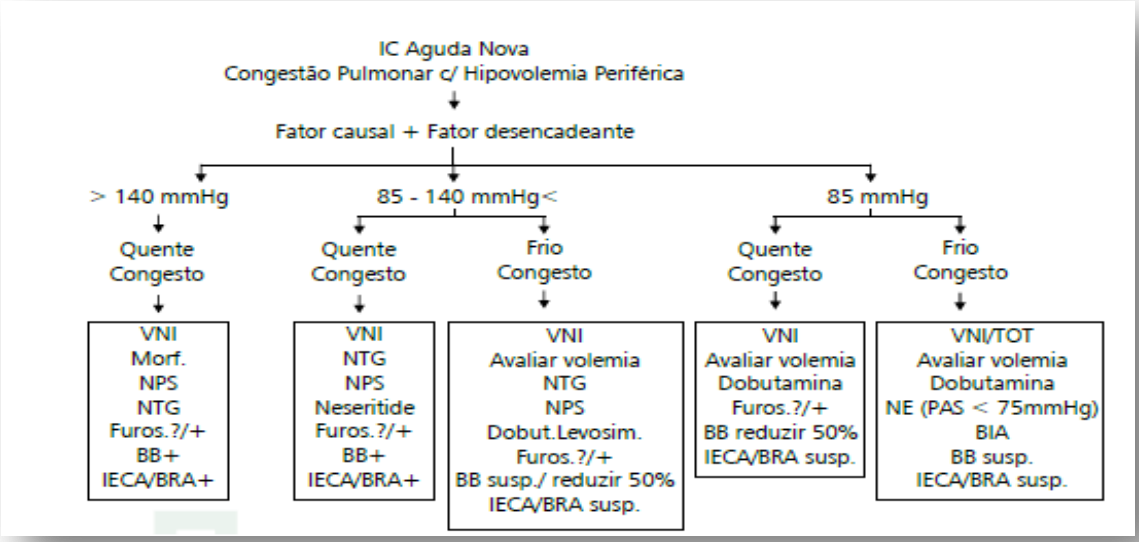
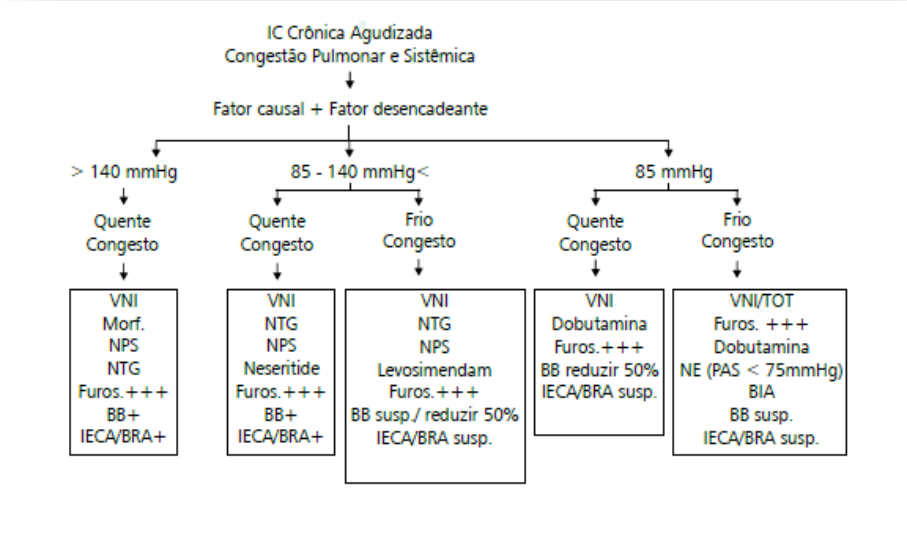


Figura 13.4.25-5 - IC Aguda crônica agudizada com hipervolemia pulmonar e sistêmica



13.4.26. Protocolo IAM com SUPRA ST

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	IAM com SUPRA ST	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

A insuficiência coronariana aguda é uma doença prevalente nas salas de emergência. O rápido diagnóstico destes casos é fundamental, pois define intervenções que se relacionam diretamente com o prognóstico.

Caso suspeito de Doença Coronariana Aguda:

Pacientes com dor torácica de início nas últimas 12h com ou sem sintomas associados.Todos os casos suspeitos devem ser encaminhados a Sala de Emergência, permanecerem em repouso e serem submetidos à realização de eletrocardiograma. Pacientes suspeitos devem realizar dosagem de troponina a partir da quarta hora de início dos sintomas.

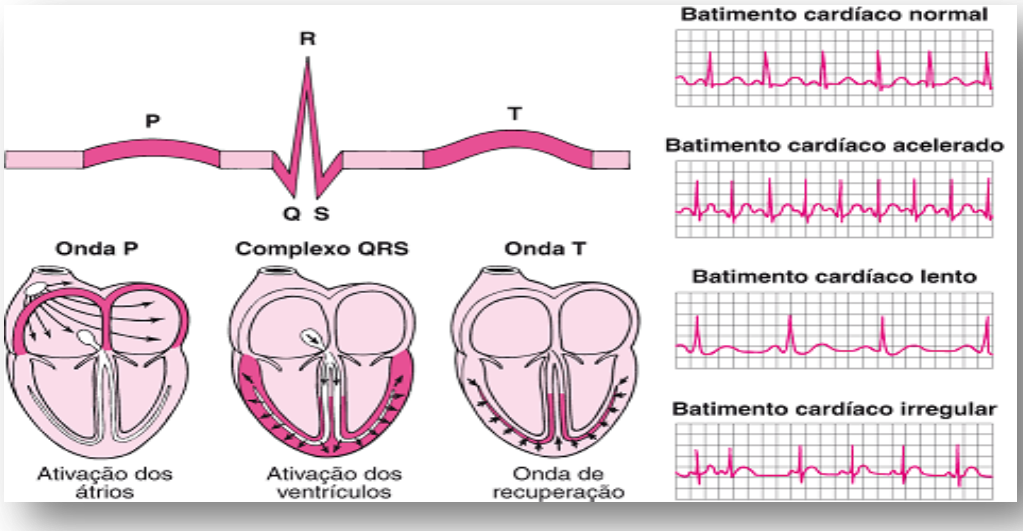
Casos Confirmados de Infarto Agudo Miocárdio:

Os casos confirmados serão aqueles em que a dor torácica típica ou atípica for acompanhada de alterações elétricas do tipo supra desnivelamento no segmento ST maiores que 1mm em relação ao ponto J em no mínimo 2 derivações contíguas ou forem compatíveis com um bloqueio atrioventricular esquerdo novo. Casos sem informação sobre histórico do ECG que apresentem BRE na vigência de sintomas anginosos típicos deverão ser avaliados pelos critérios de Sgarbossa.

Critérios de Sgarbossa e cols para pacientes com indisponibilidade de ECG prévio e com sintomas de doença coronariana aguda.

- Supra desnivelamento de segmento ST ≥ a 1 mm em concordância com o QRS
- Infra desnivelamento de segmento ST ≥ a 1 mm em V1, V2 e V3
- Supra desnivelamento de segmento ST ≥ a 5 mm em discordância com o QRS.

Figura 13.4.26-1 - Infarto Agudo do Miocárdio



Avaliação de Gravidade:

Classificação Killip e Kimbal para Insuficiência Cardíaca pós IAM e correlação com Mortalidade (GUSTO-19)

- Classe I: sem sinais de insuficiência cardíaca ---------- 5%

- Classe II: crepitações pulmonares (< 50% dos campos pulmonares ou B3) --- - 14%
- Classe III: edema agudo pulmão ----------32%
- Classe IV: choque cardiogênico ----------58%

Abordagem na Sala de Emergência:

Todos os pacientes deverão receber oxigênio suplementar para garantir uma saturação de O2 maior que 90%. Deverão realizar glicemia capilar e ter puncionado acesso periférico. Deverão permanecer em repouso e ser monitorados com cardioscopia e medida não invasiva de pressão arterial.

- As drogas usadas na abordagem inicial da síndrome coronária agudam como isordil, metoprolol, AAS e morfina devem ter sempre suas contraindicações descartadas antes de administradas.
- Isordil sublingual 5mg (descartar infartos de ventrículo direito).
- AAS 200mg iniciais devem ser mastigados.
- Metoprolol 5mg EV, intervalo 5min, máximo 15mg EV, até atingir FC 60bpm (considerar apenas para pacientes em Killip I, hiperdinâmicos, descartada IVE e uso prévio de cocaína).
- Morfina 3mg EV até controle de ansiedade e dor.

Definição de Terapêutica de Reperfusão:

1) Benefícios claros:

- Dor sugestiva IAM, duração > 20 minutos e <ou = 12h, não responsiva à nitrato SL, com supradesnível ST > 1mm em pelo menos duas derivações que explorem mesma parede nas derivações periféricas, e/ou com supradesnível > 2mm pelo menos 2 derivações contíguas no plano horizontal. (Indicação classe A, nível evidência 1)

2) Benefícios menos evidentes:

- Dor sugestiva IAM, duração entre 12 e 24h, não responsiva à nitrato SL, com supradesnível ST > 1mm em pelo menos duas derivações que explorem mesma parede nas derivações periféricas, e/ou com supradesnível > 2mm pelo menos 2 derivações contíguas no plano horizontal, ou bloqueio ramo que dificulte ou impossibilite a análise ST.

3) Indicação de Trombólise:

- Sintomas clínicos consistentes com dor isquêmica miocárdica;
- Elevação ST > 1mm, pelo menos 2 derivações anatomicamente contíguas;
- Impossibilidade de realização de angioplastia em tempo hábil (< 02 horas; Classe I/Evidência A);
- Agente fibrino específico – Alteplase - deve ser preferido (Classe I/Evidência B);
- Pacientes com peso > 65 Kg: 15 mg IV em bolus; seguidos de 50 mg em infusão IV durante 30 minutos; seguidos de 35 mg em infusão IV durante 60 min;
- Pacientes com peso < 65 kg: 15 mg IV em bolus; seguidos de 0,75 mg/Kg (até o máximo de 50 mg) em infusão IV durante 30 minutos; seguidos de 0,5 mg/Kg de peso (até o máximo de 35 mg) em infusão IV durante 60 min;
- Iniciar heparização plena após término da trombólise;
- Paciente < 75 anos;
- Inexistência de contraindicações.

4) Contraindicações ao Uso de Trombolíticos:

Contraindicações Absolutas:

- Sangramento interno em atividade;
- Dissecção aguda aorta;
- Ressuscitação cardiorrespiratória traumática (fratura costelas, pneumotórax, intubação traumática);
- Traumatismo craniano recente;
- Neoplasia intracraniana;
- AVC hemorrágico a qualquer tempo;
- AVC isquêmico no último ano;
- Gravidez;
- Outras doenças que cursem c/ aumento risco sangramento;
- Doenças que diminuam importantemente a expectativa de vida do paciente.

Contraindicações Relativas:

- HAS grave mantida apesar alívio dor e uso de medicações iniciais (≥ 180 sistólica e/ou ≥ 110 diastólica);
- Trauma ou grande cirurgia (inclusive neurocirurgia) nas últimas 4 semanas;
- Uso de dicumarínicos;
- Insuficiência hepática ou renal severas;

- Ressuscitação cardiopulmonar prolongada (> 10minutos) não traumática;
- Choque cardiogênico;
- Punção de vasos não passíveis de compressão;
- Endocardite.

Outras contraindicações:

- Melhora ou desaparecimento dor precordial;
- Redução da elevação segmento ST (50% ou mais em relação ao inicial);
- Presença de pico precoce CK-mb (12 à 18h do infarto);
- Arritmias de reperfusão.

1) Indicação de Angioplastia:

- Pacientes < 75anos, IAM anterior extenso, na presença de sinais de choque cardiogênico, menos de 12h início sintomas (Classe I);
- Candidatos à terapia fibrinolítica, mas com contraindicação à ela (Classe IIa);
- IAM com choque cardiogênico ou falência de bomba dentro 18h (Classe IIa);
- História de CRVM, com provável oclusão recente de veia transplantada (Classe IIa);
- IAM dentro de hospital, com acesso rápido sala de hemodinâmica (Classe IIb);

2) Angioplastia de resgate:

- Após insucesso da trombólise em pacientes com grande IAM, se realizada dentro de 12 horas do início dos sintomas (Classe IIa/ Evidência A).
- Nestes casos é indicação IIa sendo, portanto, potencialmente útil o uso dos inibidores da glicoproteína IIb/IIIa (Abciximab – Evidência A e Tirofiban – Evidência B) no momento da angioplastia primária com ou sem Stent em casos selecionados de IAM com Supra de ST. A introdução deste medicamento fica a critério do hemodinamicista.

3) Indicação de revascularização primária:

- Choque cardiogênico;
- Complicação mecânica;
- Comunicação interventricular, isquemia ou ruptura de músculo papilar;
- Ruptura ventricular com tamponamento;
- Lesão de tronco, triarteriais, biarteriais com lesão de descendente anterior, com disfunção ventricular.

Diagnóstico Diferencial:

Entre os casos que fazem diagnóstico diferencial com a síndrome coronariana aguda com supra de ST encontram-se:

- Pericardite aguda;
- Repolarização precoce;
- Angina vasoespástica;
- Hipertrofia ventricular esquerda;
- Aneurisma ventricular esquerdo;
- Dissecção aguda de aorta;
- Tromboembolismo Pulmonar;
- Doença pancreática;
- Hérnia Hiatal;
- Miocardiopatia hipertrófica;
- Bloqueio de ramo esquerdo antigo.

TRATAMENTO:

Quadro 13-20 - Uso de drogas antitrombóticas e antiplaquetárias

Antiplaquetário	Quando iniciar	Dose de ataque	Manutenção
Aspirina	Sala de emergência	200mg (2 cps)	80 ou 100mg/dia
2º Antiplaquetário			
Ticagrelor	Sala de emergência	180mg (2 cps)	90mg 12/12 hs
Prasugrel	Sala de Hemodinâmica	60mg (6 cps)	10mg 1 x dia
Clopidogrel	Sala de emergência	600mg (8 cps)	75mg 1 x dia

Quadro - Contraindicação ao Uso de Antitrombóticos e Antiplaquetários:

Tienopiridínico	Contraindicado em:	Cuidado no uso em pacientes com:
Ticagrelor	Hepatopatia grave Uso de cetoconazol, Claritomicina Inibidores de proteases (anti-retrovirais) IAM tratado com trombolítico	DPOC ou asma grave Bradiarritmias Insuficiência renal Obs.: Dose de manutenção Aspirina deve ser 81 mg Score de sangramento aumentado.
Prasugrel	> 75 anos < 60 Kg Histórico de AVC ou AIT Hepatopatia grave Uso atual de clopidogrel IAM tratado com trombolítico	Score de sangramento Aumentado
Clopidogrel	Intolerância a Galactose Sangramento ativo	Score de sangramento Aumentado

Indicador Assistencial:

- Tempo Porta-Balão menor que 90min.

13.4.27. Protocolo Fibrilação Atrial

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	FIBRILAÇÃO ATRIAL	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

Fibrilação Atrial - FA é a arritmia sustentada mais comum, ocorrendo em 0,4% a 1,0% da população geral (Na presença de cardiopatia estrutural chega a ser 5 a 10 vezes mais frequente).

A prevalência aumenta com a idade, afetando cerca de 10% da população acima dos 80 anos; FA crônica apresenta risco para tromboembólismo, principalmente em idosos.

DIAGNÓSTICO:

Exames complementares

- ECG:
- Atividade atrial caótica, ausência de onda P e presença de ondas de fibrilação
- Frequência atrial em torno de 400 a 700bpm, com resposta ventricular em torno de 120 a 180bpm, na ausência de tratamento medicamentoso;
- Ritmo ventricular irregular.

Exames solicitar conforme suspeita clínica:

- Enzimas cardíacas -isquemia; dímero D / cintilografia V/Q -TEP; hemograma -infecções associadas;
- ECO -cardiomiopatia hipertrófica, pericardite;
- Sangue-alterações hidroeletrolíticas (cálcio, fósforo, magnésio e potássio); Rx de tórax -DPOC;
- Hormônios tireoideanos, entre outros.

TRATAMENTO

a) Pacientes com instabilidade hemodinâmica:

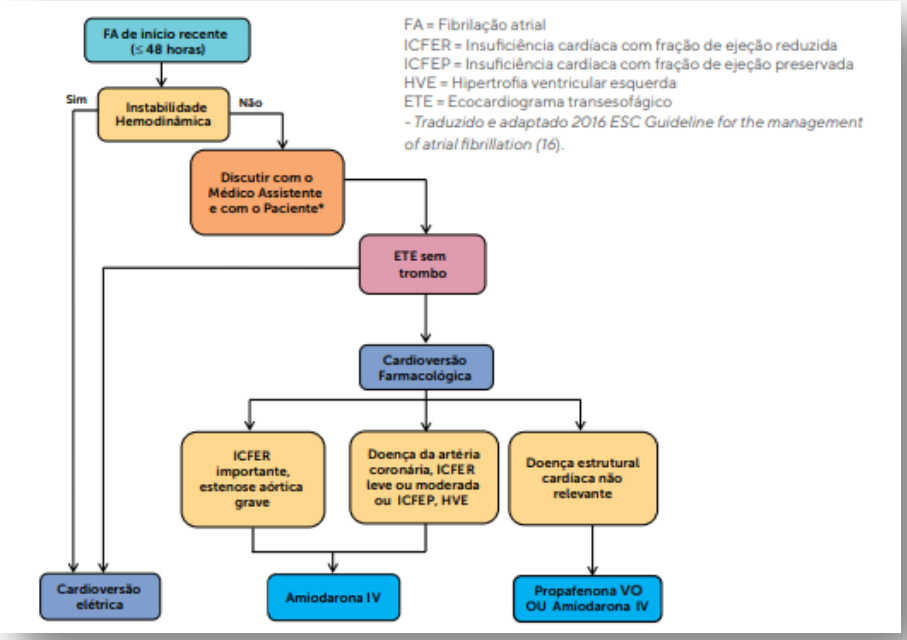
- Proceder a cardioversão elétrica imediata, se duração da arritmia < 48 h.

b) Pacientes estáveis:

- Duração da FA < 48 horas, função cardíaca normal:
- Cardioversão elétrica ou
- Amiodarona: administrar 150 à 300mg EV em 10 min seguido de 1mg/min em 6 horas e 0,5mg/min após esse período por 18 horas completando as 24h. Manutenção VO 200 a 400mg/dia; ou

- Procainamida: infusão contínua IV de 20mg/min até supressão da arritmia, aparecimento de hipotensão, aumento da duração do QRS > 50% do basal ou dose total de 17mg/kg. Em situações de emergência uma dose de 50mg/min pode ser administrada até a dose total de 17mg/Kg (evitar no QT prolongado e Torsades de pointes). ou
- Quinidina -400mg VO, seguido de 200mg VO a cada hora até 5 doses. Administrar digitálico juntamente com a primeira dose.
- Duração da FA < 48 horas, FEVE < 40%:
- Cardioversão elétrica ou
- Amiodarona IV.
- Duração da FA > 48 horas ou desconhecida, função cardíaca normal ou deprimida:
- NÃO proceder a cardioversão elétrica, a menos que adequadamente anticoagulado (de maneira efetiva por no mínimo de 3 semanas);
- Anticoagular com warfarina VO por 3 semanas -> proceder cardioversão elétrica -> anticoagular com warfarina por mais 4 semanas; ou
- Iniciar anticoagulação com heparina IV -> realizar ecocardiograma transesofágico para afastar a presença de trombos intracavitários -> realizar cardioversão elétrica dentro de 24h -> anticoagular por mais 4 semanas.

Figura 13.4.27-1 - Fluxo de atendimento em fibrilação Atrial



13.4.28. Protocolo Reposição Volêmica

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	REPOSIÇÃO VOLEMICA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

A reposição volêmica no pós-operatório visa a manter adequada a oferta de oxigênio e a perfusão tecidual. Na realização da reposição volêmica, é importante reconhecer o compartimento depletado para que as perdas possam ser repostas com o fluido apropriado.

DIAGNÓSTICO

Causas de Depleção de Fluidos e Água Perioperatória

- Jejum pré-operatório;
- Transferência de líquidos do espaço intravascular para o interstício pela resposta inflamatória sistêmica e consequente aumento da permeabilidade vascular;
- Vômitos;
- Vasodilatação;
- SEPSE;
- Uso de circulação extracorpórea.

TRATAMENTO

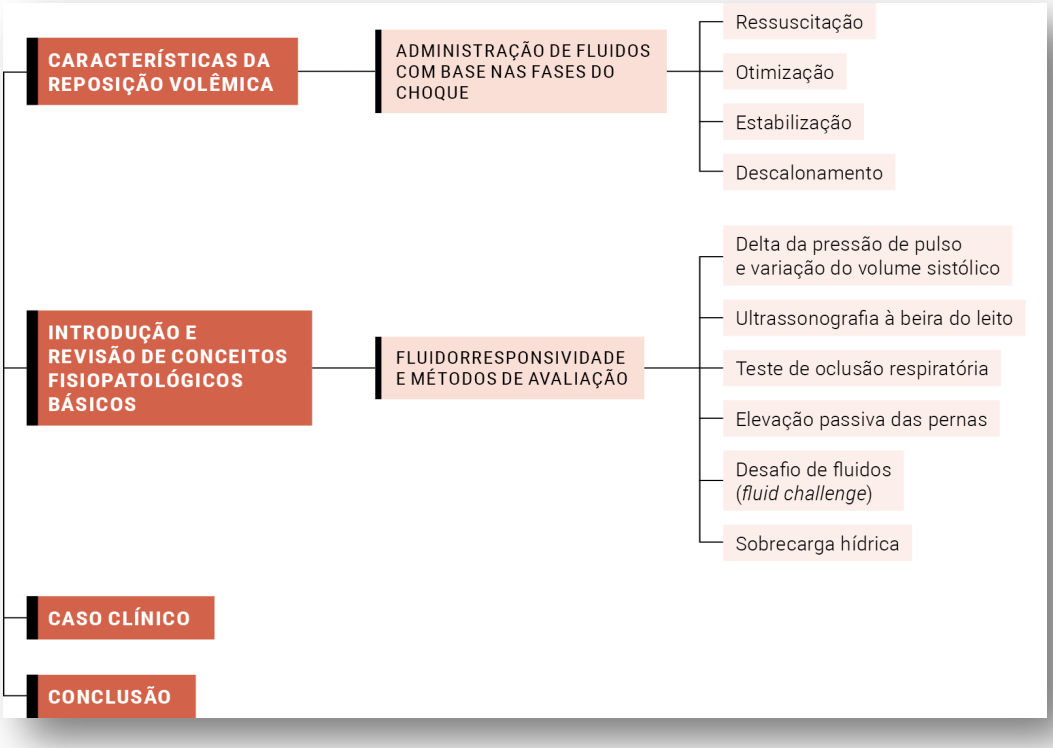
Os cristaloides devem ser os fluidos de primeira escolha para reposição volêmica; os coloides também podem ser utilizados, especialmente em pacientes anasarcados, hipoalbuminêmicos, com lesão pulmonar aguda ou que receberam mais de 3 litros de solução cristaloide. Deve-se ter cuidado com a administração de coloides à base de amido nos pacientes com insuficiência renal, coagulopatia e hipernatremia. Nunca utilizar plasma com o objetivo de reposição volêmica.

NOTA: Até o presente momento, os estudos não foram capazes de demonstrar superioridade de reposição volêmica com albumina em comparação à reposição volêmica com cristaloides.

Devem-se utilizar os parâmetros de macro e micro-hemodinâmica citados previamente, como guias para a adequada reposição volêmica. Além destes, alguns parâmetros clínicos são de grande relevância para o correto manejo da reposição volêmica, como a melhora do nível de consciência e da sede, a manutenção de valores de pressão arterial média > 65 mmHg, frequência cardíaca < 100 bpm e diurese > 0,5 ml/kg/h.

A reposição volêmica deve ser criteriosa para evitar complicações, tais como edema pulmonar, anasarca, hipernatremia e coagulopatia dilucional.

Figura 13.4.28-1 - Fluxo de Reposição Volêmica



13.4.29. Protocolo Insuficiência Renal

SALVADOR - BA
(71) 2132-2477
AV. TANCREDO NEVES, 620, SALA 602, CAMINHO DAS ÁRVORES, SALVADOR - BA
CEP: 41.820-020

RIO DE JANEIRO - RJ
(21) 3400-8356
AV. DAS AMÉRICAS, 1155, SALAS 1802/1803, BARRA DA TIJUCA - RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 22.631-000

SÃO PAULO - SP
(11) 3845-1115
RUA ALCIDES LOURENÇO DA ROCHA, 167, SALA 71, BROOKLIN, SÃO PAULO - SP
CEP: 04.571-110

UNIDADES
BAHIA
MINAS GERAIS
RIO DE JANEIRO
SERGIPE
insvsaude.org

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	INSUFCIENCIA RENAL	**/ /2023**	**/ /2023**

OBEJTIVO

A insuficiência renal é um fator de risco independente para morbidade e mortalidade a curto e longo prazo no pós-operatório de cirurgia cardíaca. A incidência varia entre 2,9 e 7,7%, com um aumento do risco de morte que pode variar de 8 a 27 vezes quando comparado aos pacientes que não desenvolvem insuficiência renal. É interessante notar que o risco permanece elevado mesmo entre aqueles pacientes que apresentam recuperação da função renal antes da alta hospitalar.

DIAGNÓSTICO

Os principais fatores de risco para injúria renal incluem:

- Idade > 75 anos;
- Insuficiência renal pré-operatória;
- Diabetes;
- Disfunção ventricular;
- Cirurgia de urgência;
- Tempo de circulação extracorpórea > 88 minutos;
- Sopro carotídeo;
- Obesidade;
- Baixo débito cardíaco/hipotensão;
- Reoperação;
- Sepse;
- Cirurgia combinada de revascularização e troca valvar.

Embora a circulação extracorpórea seja considerada um importante fator de lesão renal, a cirurgia sem CEC não provou ser superior em relação à diminuição da mortalidade, possivelmente pela maior taxa de revascularização incompleta com este procedimento.

Achados Clínicos

A maioria dos pacientes não apresenta sinais e sintomas ao diagnóstico, que é baseado quase sempre nos exames laboratoriais.

Os sintomas decorrentes da uremia e hipervolemia ocorrem mais tardiamente e incluem:

- Redução do volume urinário (pode não estar presente), anorexia, náusea, vômitos, confusão mental, prurido, atrito pericárdico e Asterix, sinais de hipervolemia com edema periférico, dispneia, estase jugular e estertores crepitantes em bases pulmonares.

Achados Laboratoriais

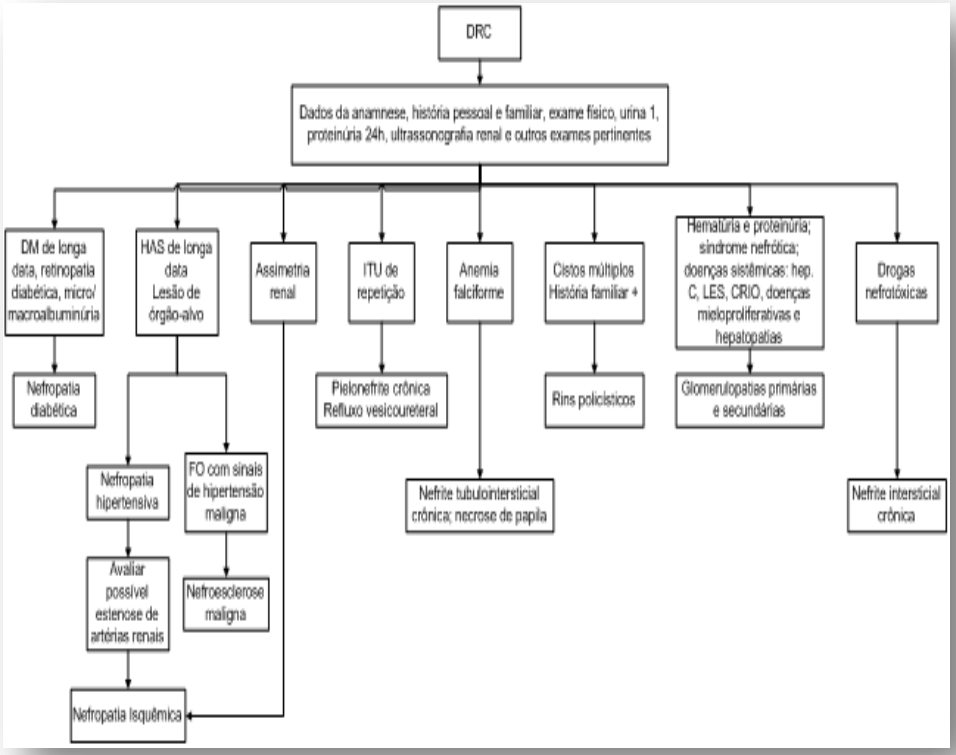
- Aumento de ureia e creatinina;
- acidose metabólica com ânion gap aumentado;
- hipercalemia;
- hiperfosfatemia;
- eletrocardiograma: onda T apiculada, redução da onda P, alargamento do QRS.

TRATAMENTO

- **Dieta:** restrição proteica < 0,6 g/kg/dia nos pacientes que não estejam em diálise. Caso contrário, não é necessário restrição;
- **Balanço hídrico:** monitorar peso diário, diurese e aporte hídrico;
- estabilização hemodinâmica: manter PAM > 70 mmHg, IC > 2,2 L/min/m2, correção de hipovolemia com SF 0,9%. Evitar uso de coloides;
- **Correção de hipervolemia:** o uso de diuréticos está indicado para o tratamento da hipervolemia. Nesses casos, sugere-se a furosemida IV em bomba de infusão contínua 50 mg/h, solução não diluída;
- **Drogas nefrotóxicas**: ajustar dose de antibióticos pela função renal. Evitar uso de IECA e anti-inflamatórios não hormonais;
- **Hemodiálise**: a hemodiálise está indicada nos casos de acidose metabólica, hipercalemia, uremia e hipervolemia refratários.

NOTA: É importante ressaltar que não está isenta de efeitos adversos. Pode causar instabilidade hemodinâmica, hipoxemia, isquemia visceral e arritmias ventriculares. Além disso, altera a resposta imunológica aumentando o risco de infecções. Portanto, sua indicação deve ser criteriosa.

Figura 13.4.29-1 - Fluxo de Insuficiência Renal



7. Protocolo Sangramento no Pós-Operatório

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	SANGRAMENTO POS OPERATORIO	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Sangramento e coagulopatia são eventos comuns no pós-operatório de cirurgia cardíaca, especialmente em procedimentos com uso de circulação extracorpórea.

DIAGNÓSTICO

Os principais determinantes incluem:

- Pré-operatório: cirurgia de urgência, uso de antiagregantes e anticoagulantes, uso crônico de corticoides, discrasias sanguíneas, hepatopatia, cirurgia prévia, idade avançada, insuficiência renal, infecção;
- intraoperatório: redução dos fatores de coagulação, fibrinólise, reversão inadequada da heparinização, uso excessivo da protamina, trombocitopenia, má técnica cirúrgica.

A melhor forma de monitorar o sangramento é a rigorosa observação do débito e do aspecto dos drenos mediastinais e pleurais nas primeiras horas após o ato cirúrgico, bem como o controle de hemoglobina, plaquetas e coagulograma seriados.

Na chegada do paciente à UTI, devem ser obtidas informações sobre a hemostasia na sala de cirurgia, dose de heparina, protamina, antifibrinolíticos e hemoderivados. O intensivista deve ficar atento para o diagnóstico precoce, o manejo adequado dos hemoterápicos e a definição do melhor momento para indicar abordagem cirúrgica. Não há consenso em relação à definição de débito excessivo dos drenos. Normalmente não excede 500 mL nas primeiras 24 horas. Caso o débito exceda 150 mL/h, sugere-se a rotina adotada na UTI pós-operatória do InCor/HC-FMUSP:

Medidas gerais: manutenção da normotermia e equilíbrio metabólico;

TRATAMENTO

Tratamento inicial do sangramento:

- protamina 25 a 50 mg iv diluída em 100 ml de soro fisiológico em 20 minutos (apenas para sangramento no máximo após 4 horas da última dose de heparina);

Se o sangramento for maior que 150 mL/h, deve-se proceder da seguinte maneira:

- Coleta de coagulograma e plaquetas;
- Avisar a equipe cirúrgica do paciente;
- Desmopressina: opção terapêutica para sangramentos associados à uremia ou à disfunção plaquetária – dose 0,3 mcg/kg diluído em 50 mL de salina infundido em 15 minutos;
- Coagulograma demonstrando TTPa ou TP prolongados: plasma fresco 2 a 4 unidades; plaquetas < 100.000: transfusão de plaquetas 1 U/10 kg de peso;
- Sangramento persistente após infusão de plasma: transfundir plaquetas 1 U/10 kg independentemente da contagem pela disfunção plaquetária;
- Se o sangramento persiste após infusão de plasma e plaquetas: deve ser novamente avisada a equipe cirúrgica e realizados novo coagulograma, dosagem de fibrinogênio,

produtos de degradação da fibrina, tempo de sangramento: se fibrinogênio < 100 mg/dL ou se TTPa persiste anormal apesar do plasma ou pacientes portadores de estenose aórtica: crioprecipitado 1 U/10 kg;

- Suspeita de fibrinólise: fibrinogênio baixo associado a aumento dos níveis dos produtos de degradação da fibrina especialmente em reoperações: ácido épsilon-aminocaproico 25 mg/kg IV em 1 hora, seguido por uma dose de 1 a g/h por 4 a 5 horas; ordenha dos drenos: deve ser realizada de hora em hora e na suspeita de obstrução por coágulos.

Indicação de Abordagem Cirúrgica

- Taxas de sangramento de 200 ml/h de 4 a 6 horas;
- Taxas de sangramento maior que 1.500 ml em 12 horas;
- Súbito aumento no débito dos drenos (300 a 500 ml);
- Suspeita clínica de tamponamento.

8. Protocolo complicações infecciosas no pós-operatório

SALVADOR - BA
(71) 2132-2477
AV. TANCREDO NEVES, 620,
SALA 602, CAMINHO DAS
ÁRVORES, SALVADOR - BA
CEP: 41.820-020

RIO DE JANEIRO - RJ
(21) 3400-8356
AV. DAS AMÉRICAS, 1155,
SALAS 1802/1803, BARRA DA
TIJUCA - RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 22.631-000

SÃO PAULO - SP
(11) 3845-1115
RUA ALCIDES LOURENÇO
DA ROCHA, 167, SALA 71,
BROOKLIN, SÃO PAULO - SP
CEP: 04.571-110

UNIDADES
BAHIA
MINAS GERAIS
RIO DE JANEIRO
SERGIPE
insvsaude.org

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COMPLICAÇÕES INFECCIOSA POS OPERATORIA	/ /2023	/ /2023

OBJETIVO

O aparecimento de complicações infecciosas no pós-operatório de cirurgia cardíaca está associado a altas taxas de morbidade e mortalidade. Infecção profunda da ferida operatória é uma complicação séria e dispendiosa, com taxas de mortalidade que variam de 15 a 20%, a despeito de terapêutica apropriada.

A obesidade é o principal fator de risco para o surgimento de deiscência esternal, com ou sem infecção, e após qualquer tipo de cirurgia cardíaca. Diabetes, utilização das duas artérias torácicas internas e a presença de insuficiência renal são outros fatores de risco comuns para o surgimento de infecção.

DIAGNÓSTICO

Tipos Comuns de Infecções no Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca

- Infecção da ferida operatória de retirada da veia safena;
- Arterite relacionada à cateterização arterial;
- Infecção da ferida esternal;
- Mediastinite.

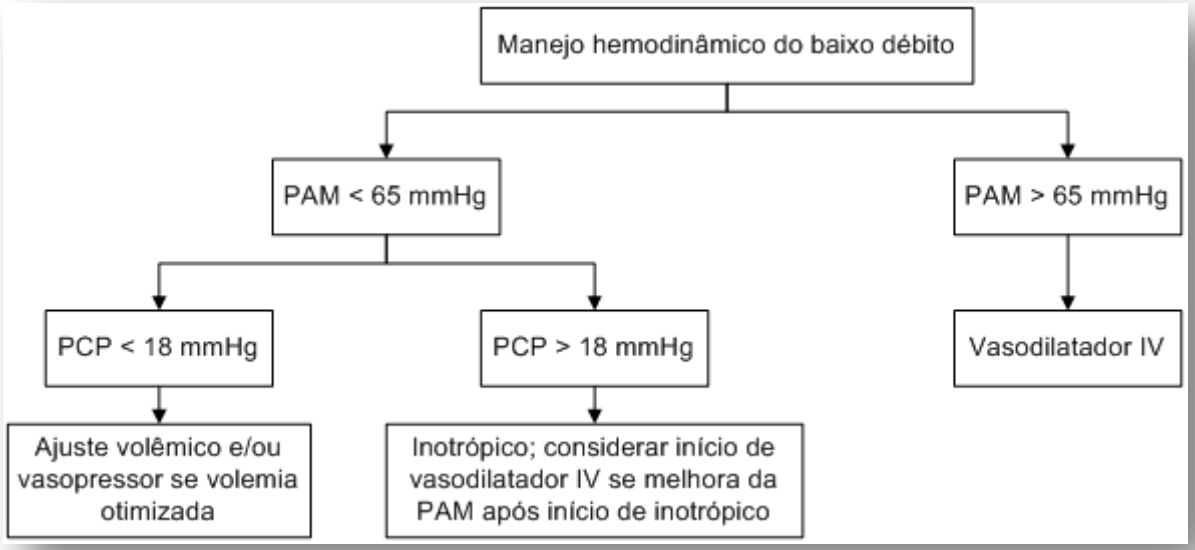
Achados Clínicos/Laboratoriais

- Febre ou hipotermia;
- Hiperemia e/ou calor e/ou rubor na ferida;
- Drenagem de secreção pela ferida;
- Deiscência;
- Taquicardia/taquipneia;
- Instabilidade esternal;
- Leucocitose/leucopenia;
- Presença de coleções em exames de imagem.

TRATAMENTO

A suspeita de presença de complicações infecciosas deve levar à rápida instituição de terapêutica apropriada. Culturas, tanto de material da ferida quanto sanguíneas, devem sempre ser colhidas. Guiar antibioticoterapia conforme resultado de culturas sempre que possível, ou de acordo com o perfil de organismos patogênicos da instituição, quando não for possível o isolamento do agente causador. Frequentemente, é necessário associar terapêutica cirúrgica (drenagem, desbridamento, ressecção esternal e/ou outros) para o adequado tratamento dessa grave intercorrência pós-operatória.

Figura 13.4.29-2 - Fluxo de complicações pôs operatória



13.4.30. Protocolo Hipoglicemia

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	HIPOCLICEMIA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

A hipoglicemia é definida por glicemia inferior a 70 mg/dl e os principais fatores de risco são:

DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico de diabetes (independentemente do tipo);
- Usuário de antidiabético oral e/ou insulina, independente do diagnóstico de diabetes;
- Pacientes em uso de antidiabéticos orais e/ou insulina em até 48 horas antes da internação.
- Pacientes em risco ou com episódios de hipoglicemia durante a internação deverão ser identificados com pulseira de identificação durante admissão e avaliados quanto a: episódios prévios de hipoglicemia, frequência (episódios por semana), horário de ocorrência e sintomas no momento do evento
- Os pacientes em risco são orientados quanto aos principais sintomas de hipoglicemia sudorese fria, tremores, palpitação, palidez, fome, mal e star, confusão mental, sonolência, irritabilidade e náuseas.
- A glicemia deve ser monitorada antes das refeições (café, almoço e jantar) nos pacientes em dieta oral e a cada 4 horas nos pacientes em jejum, em dieta enteral ou parenteral. Se houver suspeita de hipoglicemia a equipe tem autonomia para dosar a glicemia e tratar imediatamente, independente de prescrição.

TRATAMENTO

Segue a prescrição ou, na ausência desta, o protocolo abaixo. Se após 2 correções (ou seja, na 3ª medida), a hipoglicemia persistir, acionar o código amarelo. Após a correção, as causas evitáveis (controle glicêmico, prescrição e aprazamento) devem ser avaliadas para prevenção de recorrência.

Se houver suspeita de erro técnico, o tratamento não deve ser adiado e a glicemia deve ser repetida concomitante ao tratamento. Em pacientes em situação crítica, por exemplo, em uso de drogas vasoativas em altas doses e/ou com perfusão periférica alterada, há risco de subestimar a glicemia quando dosada no sangue capilar. Nestes casos ahipoglice mia deve ser confirmada através da dosagem de glicemia arterial ou venosa.

NOTA: Recomendações para pacientes cirúrgicos eletivos; Todo paciente com indicação de cirurgia eletiva deve ser avaliado quanto à presença de DM. Nos portadores de DM, deve-se avaliar a presença de complicações (principalmente as cardiovasculares), o controle glicêmico visando uma hemoglobina glicada inferior a 8% e o uso de medicamentos com risco de complicações.

Em relação ao tratamento para o diabetes antes do dia cirúrgico, recomenda-se:

- Suspender a metformina se houver uso de contraste ou soluções nefrotóxicas;
- Suspender sulfonilureia em idosos, nefropatas ou com outros fatores de risco para hipoglicemia;
- Suspender da metformina e de análogos de GLP-1 se houver cirurgia do aparelho digestório.

No dia da cirurgia, recomenda-se:

- Suspender antidiabéticos orais e injetáveis.
- Avaliar a redução (de 30% a 50%) da insulina basal.
- Manter aporte de glicose IV compatível com as necessidades diárias (2 g/kg/dia) em associação à reposição de sódio e potássio se necessário.
- Nas cirurgias com duração superior a 2 horas ou em pacientes insulino- dependentes recomenda-se o uso do protocolo endovenoso de pacientes críticos no intra-operatório visando a meta de 140 a 180 mg/dl.

NOTA: Em pacientes não diabéticos e sem risco de hipoglicemia não há indicação de realização de glicemia capilar no período de jejum pré-operatório.

Recomendações para pacientes em cuidados paliativos:

- O controle glicêmico dos pacientes em cuidados paliativos, portadores de doenças progressivas e incuráveis (como demência e câncer avançado) deve ser menos rígido, mas deve também evitar a hiperglicemia acentuada e a hipoglicemia para reduzir o sofrimento e a piora da qualidade de vida do paciente, dos cuidadores e da família.
- Deve- se evitar as drogas associadas a efeitos colaterais, como náusea e edema. A recomendação varia de acordo com a fase de terminalidade.

Pacientes com doença estável e prognóstico maior que 1 ano:

- A meta glicêmica é a igual à dos demais internados. A flexibilização da dieta, do controle glicêmico e da insulina deve ser considerada, adaptando-se às variações de apetite, da função renal e visando a autonomia do paciente.

Pacientes com doença estável incurável em estágio terminal:

- O monitoramento glicêmico através da dosagem de glicemia em amostras de sangue periférico reduz as glicemias capilares desnecessárias e o desconforto gerado por estas.

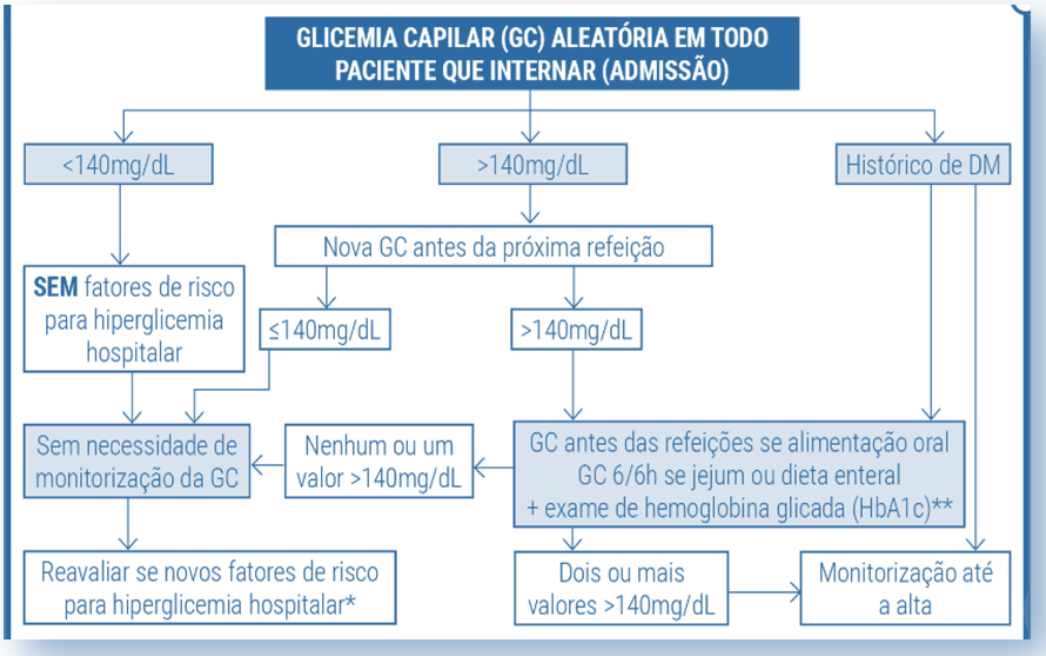
Pacientes instáveis:

- O DM deve ser avaliado como causa tratável da piora clínica e a conduta deverá ser individualizada de acordo com a evolução e prognóstico.

Pacientes em fase final de vida:

- Quando restritos ao leito, ou em estado semicomatoso e/ou com limitações de ingestão oral, deve-se manter a insulina basal nos insulino-dependentes em doses compatíveis com as necessidades mínimas para manter glicemia <250mg/dL.
- A dose pode ser ajustada diariamente.
- Se houver coletas regulares de amostras de sangue periférico dosar a glicemia para os ajustes de dose e evitar punções para realização de glicemia capilar.
- A suspensão do monitoramento e do tratamento é uma decisão complexa que deve considerar o quadro clínico, a percepção da equipe profissional, a política de cuidados paliativos do hospital e o desejo de pacientes e familiares.
- Recomendações para pacientes em uso de sistema de infusão subcutânea contínua de insulina (Bomba de insulina)
- A equipe de enfermagem local deverá supervisionar a aplicação de insulina prandial conferindo a dose aplicada e acompanhar e registrar em prontuário a troca do conjunto de infusão que deverá ser realizada a cada 72 horas. A equipe da farmácia deverá validar o medicamento próprio de acordo com as normas institucionais.

Figura 13.4.30-1 - Fluxo de tratamento de hipoglicemia em pacientes internados.



13.4.31. Protocolo Anestesia e Sedação

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ANESTESIA E SEDAÇÃO	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Diretriz que estabelece as normas e condições para a realização de anestesia e sedação, definindo as etapas do processo anestésico e os requisitos essenciais para a segurança, ética e qualidade.

Estabelecer regras para prática anestésica na instituição visando redução do risco e consequente aumento da segurança aos clientes. Garantir os padrões éticos e de excelência em qualidade na prática anestésica institucional.

Indicação

Esta política se aplica aos médicos anestesiologistas que exercem a prática assistencial na instituição, e aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e ou terapêuticos que necessitem de cuidados anestésicos.

Instruções Específicas

Definições Institucionais

Quanto à Faixa Etária de Pacientes

- Paciente Pediátrico: Considera-se paciente pediátrico a criança desde o nascimento (zero) até os 18 anos de idade. Para fins anestésicos serão considerados pacientes pediátricos aqueles com < 12 anos (11anos, 11 meses e 29 dias) de idade.
- Paciente Idoso: considera-se idoso o paciente com idade superior a 65 anos.

Anestesia Geral

É um estado de depressão do nível de consciência durante o qual o paciente não é despertado, mesmo por estímulos dolorosos. A habilidade de manter a ventilação é frequentemente comprometida, necessitando de assistência respiratória para manutenção da permeabilidade da via aérea, e uso de ventilação com pressão positiva devido à depressão da ventilação espontânea por drogas e/ou relaxantes musculares.

Analgesia

Consiste na diminuição ou supressão da sensação dolorosa, sem perda de consciência.

Sedação

É um estado de depressão do nível de consciência induzida por drogas, em diferentes níveis de intensidade. De acordo com doses administradas e respostas individuais do paciente, o resultado variar desde a consciência com leve tranquilidade até a inconsciência. É classificada em 3 níveis:

- SEDAÇÃO LEVE = é o estado de tranquilidade e calma induzido por drogas, durante a qual, o paciente responde normalmente aos comandos verbais. Embora as funções cognitivas e de coordenação possam estar comprometidas, a função cardiovascular e ventilatória estão preservadas.

- SEDAÇÃO MODERADA ("SEDAÇÃO CONSCIENTE") = é uma depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual o paciente desperta intencionalmente a um comando verbal e/ou um leve estímulo tátil. Nenhuma intervenção é necessária para manter a via aérea permeável e a ventilação espontânea está adequada. A função cardiovascular está preservada.
- SEDAÇÃO PROFUNDA = é uma depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual o paciente não acorda facilmente, porém responde aos estímulos dolorosos repetidos. A habilidade de manter a função ventilatória espontânea pode estar comprometida. Paciente pode requerer assistência para a manutenção da permeabilidade de vias aéreas e/ou suporte ventilatório. A função cardiovascular está frequentemente preservada. Os reflexos de retirada aos estímulos dolorosos não são válidos como resposta esperada nesse nível de sedação.

Anestesia do Neuroeixo

Técnica que promove a anestesia do neuroeixo, que incluem: subdural, epidural ou duplo bloqueio. É realizada se inserindo uma agulha ou cateter no espaço intervertebral para a injeção de medicação no espaço subaracnóide (para Raquianestesia), no espaço epidural (para anestesia Epidural) e em ambos para duplo bloqueio. Mais comumente usadas para anestesia de abdome inferior e extremidades inferiores.

Bloqueios Periféricos

São amplamente utilizados para cirurgias em extremidades superiores ou inferiores. Ultrassom e estimuladores de nervos periféricos são comumente usados para posicionar a agulha ou cateter. Anestésicos locais de longa duração pode ser utilizados para anestesia ou analgesia pós-operatória.

Acompanhamento Anestésico

É a contínua monitorização dos sinais vitais do paciente por um médico anestesiologista, no diagnóstico e tratamento de problemas clínicos e administração de analgésicos ou conversão para outros tipos de técnicas anestésicas se necessário. Pode ser utilizado para acompanhamento de pacientes, para a realização de procedimentos, exames diagnósticos e transporte do paciente sob os cuidados do Serviço da Anestesia.Regras Aspectos gerais

Os procedimentos de anestesia e sedação são realizados por médicos autônomos e contratados, devidamente cadastrados na instituição.

Responsabilidades.

1-O médico anestesiologista deve oferecer ao paciente os melhores padrões de cuidado na sua especialidade em respeito à dignidade do paciente.

2-O médico anestesiologista deve respeitar a lei e sugerir mudanças nos cuidados assistencias pelo interesse da segurança de seus pacientes e sua prática.

3-O médico anestesiologista deve respeitar os direitos dos pacientes, seus familiares, demais médicos e outros profissionais de saúde.

4-O médico anestesiologista deve atualizar seus conhecimentos de forma contínua, objetivando proporcionar uma prática anestésica de qualidade aos seus pacientes.

5-O médico anestesiologista tem responsabilidade ética com a comunidade e a sociedade.

6-Todo paciente e seus familiares devem ser tratados com respeito, devendo ser identificadas suas necessidades e dúvidas, as quais devem ser esclarecidas antes de procedimento anestésico.

7-O médico anestesiologista é responsável por realizar uma avaliação clínica prévia à cirurgia, estabelecendo um plano anestésico para seu paciente.

8-É dever do médico anestesiologista: orientar ao paciente e seus familiares sobre riscos, benefícios e alternativas à anestesia e solicitar consentimento informado antes de qualquer procedimento de anestesia ou sedação.

9-É de responsabilidade do médico anestesiologista promover a vigilância do paciente durante todo o procedimento anestésico - cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico, não estando autorizado a sair de sala até o final do procedimento. Se a saída de sala do anestesiologista responsável for necessária, ela deverá ocorrer mediante substituição por outro anestesiologista cadastrado, o qual deverá receber todas as informações referentes ao procedimento anestésico, devidamente registradas na ficha de anestesia.

10-O médico anestesiologista deve manusear os agentes psicotrópicos, respeitando todas as etapas (registro, manuseio e descarte) conforme as regras institucionais.

11-Notificar eventos adversos quando estes ocorrerem através do sistema de notificação disponibilizado pelo hospital.

12-É dever do médico anestesiologista realizar sua prática atento aos riscos que podem ameaçar a segurança de todos os colaboradores e atuando para reduzir o risco de acidentes ocupacionais.

13- É responsabilidade exclusiva do médico anestesiologista a evidência finalização do processo de recuperação anestésica (alta da RA) do paciente anestesiado por ele, exceto nos casos em que a recuperação anestésica é feita nas unidades de pacientes graves, onde é realizada a transferência do cuidado para o médico intensivista.

O Processo de Anestesia e Sedação.

As etapas do Processo de anestesia e sedação, as quais devem ser rigorosamente realizadas e documentadas são:

- Avaliação pré-anestésica;
- Definição do planejamento Anestésico (Plano);
- Ciência e Consentimento Informado do paciente ou responsável para o procedimento de anestesia e sedação;
- Anestesia ou Sedação propriamente ditos incluindo;
- Checagem de equipamentos e acessórios;
- Avaliação imediatamente antes da indução;
- Monitorização;
- Check-list -Time out: pré-indução, pré-cirúrgico e antes da saída do paciente da sala;
- Aplicação da técnica anestésica (geral, sedação, bloqueios e acompanahamento);
- Recuperação anestésica;

Regras para as etapas do Processo de Anestesia e Sedação Avaliação Pré-Anestésica

É obrigatória em todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos com ou sem intervenção que necessitem de anestesia, sedação ou acompanhamento anestésico em caráter eletivo. Nas situações de urgência, quando a condição clínica permitir, o paciente (ou seu familiar) deverá ser submetido a uma anamnese breve, acompanhada de exame físico para o efetivo planejamento anestésico. Nas situações de emergência, com risco iminente de morte, as medidas clínicas de suporte de vida devem ser imediatamente iniciadas e posteriormente documentadas no prontuário do paciente. A revisão do prontuário do paciente seguida de anamnese, exame físico, checagem de exames laboratoriais deve ser documentadas no formulário eletrônico "Avaliação Pré - Anestésica" sendo base para a determinação do estado físico segundo a American Society of Anesthesiologists.

Quadro 13-21 - Classificação do estado físico segundo a American Society of Anesthesiologists

ASA 1	Paciente hígido, sem nenhuma patologia sistêmica além da que requer a cirurgia.
ASA 2	Paciente com alteração sistêmica leve ou moderada que pode ou não estar associada

	ao procedimento cirúrgico.
ASA 3	Paciente portador de doença sistêmica grave, com limitação de atividades que pode ou não estar associada ao procedimento cirúrgico.
ASA 4	Paciente portador de doença sistêmica incapacitante que ameaça a vida, nem sempre corrigíveis pela cirurgia.
ASA 5	Paciente com risco iminente de morte e pequena chance de sobreviver apesar da cirurgia.
ASA 6	Paciente declarado com morte cerebral cujos órgãos serão retirados com o fim de doação (doador de órgãos).

NOTA: Nas situações de emergência deve ser acrescido da letra "E" ao estado físico do paciente.

A checagem do tempo de jejum deve ser realizada em todos os procedimentos, usando como referência a orientação de jejum institucional - Protocolo de Jejum Pré- Anestésico.As avaliações pré-anestésicas realizadas em consultórios têm validade de 30 dias antes do procedimento agendado, desde que o estado clínico do paciente esteja inalterado. O anestesiologista deve sinalizar no dia do procedimento, que não houve alteração do estado clínico desde a última avaliação válida.

Para pacientes internados que serão submetidos a procedimentos com anestesia, que não fizeram avaliação pré-anestésica no consultório, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada pelo menos uma hora antes do horário programado para o início da cirurgia.

A prescrição da medicação pré-anestésica deverá ocorrer após a avaliação pre anestésica e aplicação do Termo de Ciência e Consentimento Informado para Anestesia, Sedação ou Acompanhamento do Serviço de Anestesia ao paciente ou responsável, conforme política institucional.

Planejamento Anestésico (Plano).

Para todo paciente submetido à anestesia ou sedação deverá constar no formulário eletrônico de "Avaliação Pré - Anestésica" o planejamento anestésico a ser executado, levando em conta o estado físico, o procedimento cirúrgico ou diagnóstico, bem como o planejamento analgésico pós operatório em concordância com o paciente.

Consentimento Informado e Esclarecido

Todos os pacientes a serem submetidos a um procedimento eletivo com anestesia ou Sedação e/ou seus responsáveis serão orientados por um anestesiologista quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento anestésico e assinarão o Termo de Ciência e Consentimento Informado para Anestesia, Sedação ou Acompanhamento do Serviço de Anestesia conforme política institucional.

Em procedimentos de emergência é dispensada a assinatura do Termo de Ciência e Consentimento para Anestesia, Sedação ou Acompanhamento pelo Serviço de Anestesia (sendo que o anestesiologista deverá notificar no referido termo "EMERGENCIA" a data, horário e validar a assinatura com carimbo contendo o CRM e anexar ao prontuário. Na primeira oportunidade em que o médico responsável e os familiares estiverem presentes, os devidos esclarecimentos serão prestados.

Checagem de Acessórios e equipamentos.

A checagem de equipamentos e acessórios necessários para o manuseio de vias aéreas para a indução e manutenção anestésica deve ser realizada antes da indução anestésica. No momento da realização do check-list (time out) antes da indução essa checagem é confirmada e notificada em local próprio do processo de time out.

Na ocorrência de falhas nos equipamentos, a equipe de engenharia clínica deverá ser acionada para o efetivo suporte.

Avaliação imediatamente antes da indução.

A checagem da avaliação pré-anestésica e seus pontos fundamentais, assim como o plano proposto deve ser realizada imediatamente antes da indução anestésica no registro eletrônico ficha de anestesia em campo apropriado. A verificação dos dados vitais é realizada concomitante com a monitorização. A presença do médico anestesiologista garantindo a vigilância permanente do paciente e as frequentes alterações clínicas decorrentes da anestesia e trauma cirúrgico é *OBRIGATÓRIA*, o qual não deve se ausentar da sala de procedimentos.

Nas situações onde pacientes recebam tratamento com uso de radiação ionizante expondo o anestesiologista, a monitorização do paciente pode ser garantida remotamente.

Em situações de emergência que impliquem na saída temporária do anestesiologista, o mesmo deve avaliar a condição clínica do seu paciente e designar outro profissional médico para garantir a vigilância do paciente.

A prática de anestesias simultâneas não é permitida, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico, conforme Resolução do CFM N° 2.174/2017, caracterizando grave infração ética.

Todos os procedimentos de anestesia, sedação ou acompanhamento anestésico devem utilizar os recursos mínimos obrigatórios de monitorização estabelecidos pela Resolução do CFM N° 2.174/2017 que incluem:

- Eletrocardiografia contínua. Pressão arterial não invasiva. Oximetria de pulso
- Temperatura em anestesia pediátrica e geriátrica e em cirurgias acima de 2 horas de duração
- O uso da capnografia em anestesias gerais em pacientes intubados, em uso de máscara laríngea ou qualquer dispositivo artificial para manutenção de via aérea é obrigatório.

Os alarmes de segurança dos monitores multiparâmetros e do equipamento de anestesia devem estar acionados durante a cirurgia ou exame diagnóstico.

A utilização de recursos de monitorização adicionais é de julgamento do anestesiologista, baseado nas condições clínicas do paciente e complexidade do procedimento.

Os recursos de monitorização devem ser registrados no registro eletrônico de Anestesia em campo específico para tal finalidade, assim como os parâmetros apresentados durante tal monitorização.

Time out

O anestesiologista deve participar do procedimento de TIME OUT segundo diretrizes da "Segurança em Cirurgias e Procedimentos Invasivos – Identificação de Sítio Cirúrgico (lateralidade), Checklist Cirúrgico e TIME OUT.

Aplicação da técnica anestésica

- Somente são permitidas para uso as medicações psicotrópicas padronizadas e dispensadas pela Farmácia e unidades avançadas para sedação, bloqueios ou anestesia geral.

- As medicações psicotrópicas são dispensadas na farmácia mediante solicitação do anestesiologista devidamente cadastrado que assinará o impresso próprio.
- Nas áreas fora do centro cirúrgico, onde os exames sob anestesia e sedação são realizados, os kits de psicotrópicos são dispensados pela farmácia e armazenados em armários chaveados e controlados pela enfermagem.
- As medicações residuais, ao final da anestesia deverão ser descartadas mediante a testemunha de um profissional de enfermagem ou outro médico, que assinara o impresso próprio. Os cascos vazios de medicações psicotrópicas devem retornar para a farmácia.

Recuperação Anestésica (RA)

Todo paciente, após o término do procedimento anestésico deverá ser submetido a um processo de recuperação anestésica.

Critérios de admissão na RA

- Paciente hemodinamicamente estável
- Em ventilação espontânea sem necessidade de dispositivos para manutenção da permeabilidade das vias aéreas.
- Responsivo a estímulos táteis ou verbais caracterizando estado de sedação moderada ou leve de acordo com a definição da política de Anestesia e Sedação na.
- Estão excluídos os pacientes com alergia a látex, hipertermia maligna e em precauções de contato, aérea e gotícula (que deverão ser recuperados em sala/ quarto privativo) e os pacientes internados nas unidades de pacientes graves: UTI.
- É de responsabilidade do anestesiologista o acompanhamento do paciente até a sala de recuperação anestésica, onde será feita a transferência de cuidados à equipe de enfermagem da RA, que manterá a vigilância direta e monitorização do paciente, anotando em campo específico no prontuário eletrônico, a cada 15 minutos, ou menos se necessário, até que o paciente tenha condições de alta ou à Unidade de Pacientes Graves (UTI, SEMI, CORO e PA), para o médico responsável pelo setor e a monitorização dos sinais vitais dos pacientes seguirá a rotina setorial estabelecida.

Um médico anestesiologista deve estar sempre disponível para atender às demandas dos pacientes e possíveis situações de emergência.

Critérios de Alta da RA

A alta anestésica da sala de RA é de responsabilidade do anestesiologista e o paciente deve atender aos critérios mínimos determinados pelo CARA: Critérios de Alta em Recuperação Anestésica.

Unidades e Serviços onde são realizados procedimentos com anestesia e sedação:

- Centros Cirúrgicos.
- Endoscopia.
- Centros de Terapia Intensiva
- Tomografia
- Ultrassonografia
- Unidade de Primeiro Atendimento (UPA).
- Estrutura necessária.

Todas as unidades destinadas à realização de anestesia/ sedação e recuperação anestésica devem atender as normas sobre Edificações em Salas de Operação e Recuperação - RDC/ANVISA No. 50/2002Estão autorizados para a prática anestésica somente os equipamentos verificados e validados pela Engenharia Clínica.

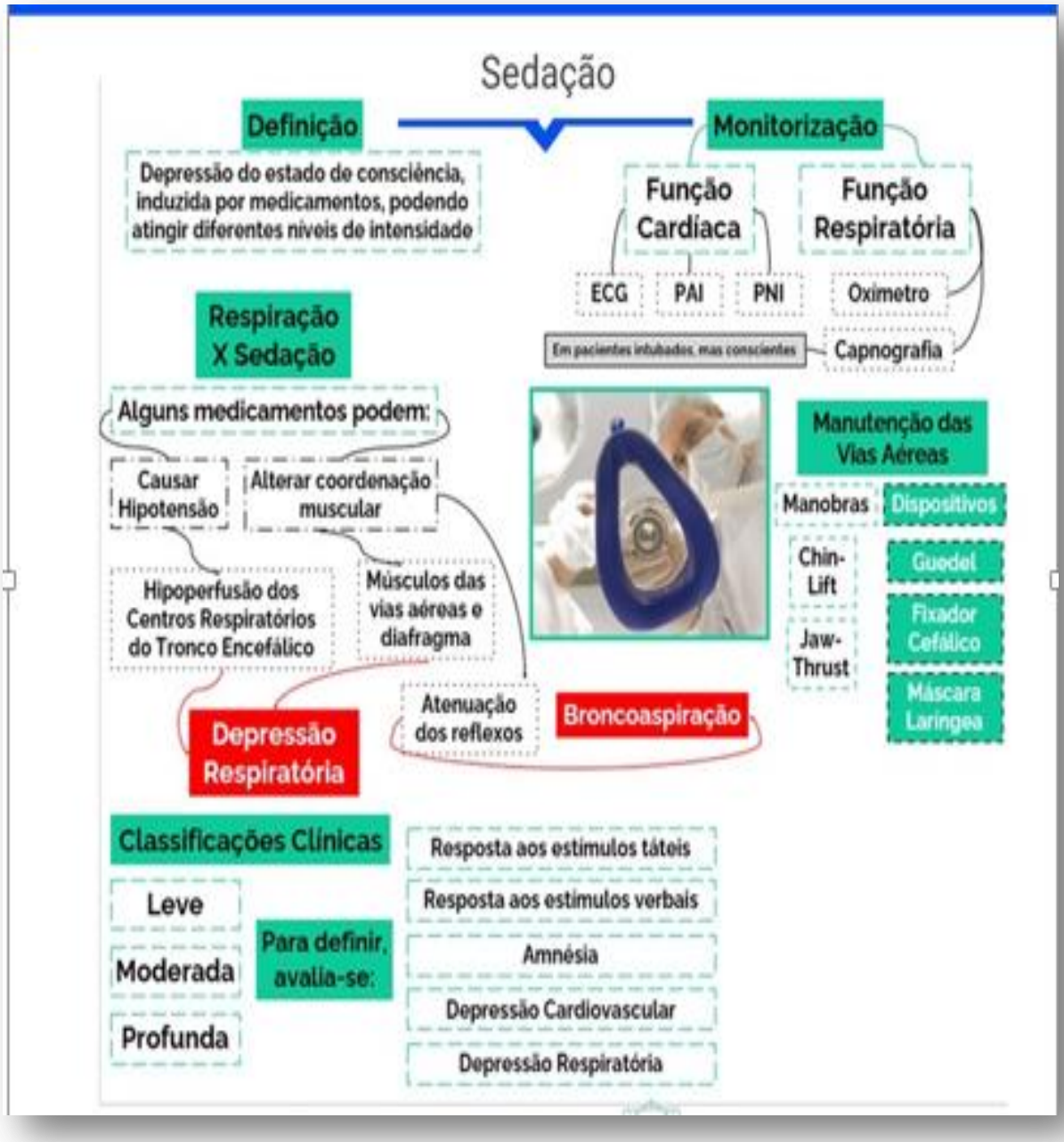
Os equipamentos de anestesia e monitores são checados pela Engenharia Clínica e registrados em formulários específicos. Informações sobre as manutenções preventivas periódicas e calibrações são registradas no sistema informatizado (SAP) com disponibilidade de consulta para os gestores de cada área.

Os acessórios necessários para a prática anestésica são checados pela enfermagem diariamente.

As unidades onde são realizados procedimentos com anestesia e sedação deverão apresentar equipamento de reanimação cardiorrespiratória disponível, com desfibrilador, fonte de oxigênio e aspirador.

s condições de monitorização mínima obrigatória, estabelecidas nessa política devem ser rigorosamente respeitadas.

Figura 13.4.31-1 - Sedação



13.4.32. Protocolo - Hipertermia Maligna

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	HIPERTERMIA MALIGNA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

E uma doença genética, onde há elevação da temperatura corporal do indivíduo rapidamente. Na Hipertermia Maligna essa elevação da temperatura vem acompanhada de contração muscular, rigidez na mandíbula, insuficiência dos órgãos do corpo e pode levar o indivíduo à morte. A HM é afecção hereditária e latente, caracterizada por resposta hipermetabólica aos anestésicos voláteis (halotano, enflurano, isoflurano, sevoflurano e desflurano) e succinilcolina.

INCIDÊNCIA:

Em geral, a HM incide a cada 50 mil anestesias realizadas em adultos e a cada 15 mil anestesias aplicadas a crianças. A HM pode ocorrer em extremos de idade, mas estes episódios são raros.

A incidência é maior em crianças. A consanguinidade pode aumentar a densidade de susceptíveis em uma determinada população.

A HM relatada em todo o mundo afeta todos os grupos raciais. A susceptibilidade ocorre igualmente em ambos os sexos, ainda que as crises sejam mais comuns em homens. A incidência de HM pode ser maior que a referida na literatura, visto que em muitos episódios o quadro clínico é discreto e cerca de 50% dos susceptíveis têm antecedentes de exposição a agentes desencadeantes, sem qualquer manifestação da doença.

A HM foi definida como "herança autossômica dominante com penetrância reduzida e expressão variável". A HM está associada a diferentes mutações genéticas, a maioria localizadas no cromossoma 19, no gene para o receptor rianodina. Mutações em outros cromossomas também foram descritas: nos cromossomas 1 (gene da sub-unidade alfa-1 do receptor di-hidropiridina), 5 (gene não identificado), 7 (gene da sub-unidade alfa2/delta do receptor di- hidropiridina), 3 (gene não identificado), 17 (gene do canal de sódio do músculo esquelético adulto). Em 2000, uma publicação referiu 22 mutações identificadas no receptor rianodina. Existe questionamento sobre a consistência da associação da HM com algumas

destas mutações. Na maioria das famílias de afetados não foi possível ainda discernir a alteração causal. Reunir subsídios para orientação do diagnóstico e tratamento da hipertermia maligna

Responsável: Médico Anestesiologistas

DIAGNÓSTICO

Método de Coleta de Evidências:

Considerada a natureza da hipertermia maligna, sua incidência limitada e intrínseca mortalidade, não é viável aplicar estudos clínicos randomizados e controlados para definir alternativas de diagnóstico ou tratamento desta síndrome. As informações disponíveis baseiam-se em conclusões obtidas de séries limitadas de casos.

Grau de Recomendação e Força de Evidência:

- Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- Relatos ou séries de casos.
- Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

Quadro Clínico:

- A expressão clínica da HM é variável, e compreende manifestações de alterações metabólicas, de lesão muscular e das complicações secundárias.
- As crises de HM são classificadas conforme sua apresentação clínica, segundo Ellis29(C) e Ranklev-Twetman30(D)
- Esta condição é expressa por rigidez muscular, aumento do consumo de oxigênio e produção de CO2, acidemia (respiratória e metabólica), taquicardia, taquipnéia, hiperpotassemia, rabdomiólise e mioglobinúria.
- A dessaturação da hemoglobina do sangue arterial pode ser identificada à oximetria de pulso. Entre os diversos fatores que potencialmente contribuem para a dessaturação persistente, encontram-se acidemia, hipercarbia e hipertermia, capazes de deslocar a curva da saturação da hemoglobina para a direita31(C).
- A hipercarbia, já detectada à capnografia, parece preceder as demais manifestações32(C)

Quadro 1

Classificação das crises de Hipertermia Maligna

Segundo Ellis *et al* (1990)[29](C)	Segundo Ranklev-Twetman (1990)[30](D)
• **Fulminante clássica:** potencialmente fatal; múltiplas manifestações metabólicas e musculares.	• Fulminante
• **Moderada:** manifestações metabólicas e musculares sem a gravidade da forma fulminante.	• Abortivas
• **Leve:** discretas alterações metabólicas, sem manifestações musculares.	
• Rigidez de masseter com evidências de lesão muscular (elevação da creatino cinase sérica e mioglobinúria, por exemplo).	• Espasmo de masseter
• Rigidez de masseter associada a alterações metabólicas (elevação da temperatura, arritmias cardíacas, por exemplo).	
• Rigidez de masseter isolada.	
• Morte súbita ou parada cardíaca inexplicadas durante anestesia.	• Atípicas
• **Outras:** febre pós-operatória, rabdomiólise, insuficiência renal, antecedentes familiares suspeitos.	

A forma fulminante da HM é caracterizada por hipercapnia, rigidez muscular, hipertermias graves e rabdomiólise33(D), mas situações como a cirurgia cardíaca sob circulação extracorpórea (CEC) com hipotermia podem atenuar a expressão clínica da HM. A hiperventilação pode mascarar o diagnóstico de HM34(C). Bloqueadores neuromusculares podem retardar o início das manifestações de uma crise de HM35(D).

Convém destacar que nem sempre hipertermia é manifestação inicial ou proeminente da HM. A rigidez muscular pode inexistir em 25% dos casos e a hipertermia ser registrada em apenas um terço deles36(C) 37(D).

Quadro 2

Manifestações clínicas de crises de HM (adaptado de Krivosic-Horber)[41](D)

INICIAIS	
Clínicas	**Laboratoriais**
Taquicardia	Hipercapnia (acidose respiratória)
Elevação progressiva do CO_2 exalado	Acidose metabólica
Taquipneia	Hiperlacticidemia
Rigidez muscular localizada (incluindo rigidez de masseter)	Hiperpotassemia
Cianose	Dessaturação venosa central
Arritmias	
Hipertermia	
Sudorese profusa	

TARDIAS	
Febre acima de 40 °C	Mioglobinemia
Cianose	Elevação da creatinocinase plasmática
Má perfusão cutânea	Elevação da creatininemia
Instabilidade pressórica	Coagulação intravascular disseminada
Rigidez muscular generalizada	

A HM surge a qualquer momento durante a anestesia, tendo sido descrita a sua ocorrência até 3 horas após a interrupção da exposição ao agente desencadeante38(D). A crise de HM pode manifestar-se tardiamente, mesmo após a interrupção da administração do agente desencadeante37(D)39,40(C). Talvez a imobilidade determinada pela própria anestesia limite a liberação de cálcio a partir do retículo sarcoplasmático. Ao acordar, aumenta a atividade muscular e, na presença de resíduos anestésicos, veem-se potencializadas à liberação intracelular de cálcio e seus efeitos metabólicos24,37(D).

Todos os halogenados, incluindo os novos agentes como o sevoflurano e o desflurano, são capazes de desencadear HM em suínos7,42(D) e em humanos43-48(C) 49(B) 50,51(D).

Tem-se a impressão de haver diferenças entre os halogenados com relação ao seu potencial para desencadear crises de HM (D). O halotano parece ser o agente de maior risco7(D). A exposição ao isoflurano pode associar-se à crise de HM de início tardio52(C). Em estudo realizado em fibras musculares desnudas50(D), demonstrou-se que sevoflurano, isoflurano e halotano induzem liberação de Ca++ do retículo sarcoplasmático, porém este efeito é menos intenso para o primeiro agente.

Sugere-se que o xenônio seja um agente anestésico seguro no que concerne HM53(D). Confirmam esta impressão os resultados de outros autores54(D) que estudaram nove porcos Pietrain dignosticados como susceptíveis a HM, através de análise genética (mutação RYR1 Arg 615 Cis), anestesiados com xenônio a 70% em O2 durante 2 horas sem manifestações clínicas. Depois de 30 minutos de eliminação do xenônio, os animais foram expostos a 1% de halotano e succinilcolina, todos eles desenvolvendo, em até 20 min, crises fatais de HM55(D).

Com relação a outros agentes capazes de desencadear crises de HM, assinala-se um caso de coma diabético tratado com insulina, em preparação contendo como preservante o cresol55(C). Nesta situação, o cresol foi apontado como provável agente provocador.

Doenças Associadas

Intensa rigidez de masseter, a ponto de dificultar a intubação traqueal, tem sido descrita por preceder muitos episódios de HM56(C), sendo que é a mais comum manifestação de HM, principalmente em crianças estrábicas57(C), com idade entre 8 e 12 anos38(D). Incide em cerca de 1% das anestesias com halotano58(C) 59(B). Em 15% destes pacientes, a creatino-fosfocinase (CPK) eleva-se a níveis compatíveis com HM. A susceptibilidade à HM, diagnosticada através de biópsia muscular, é encontrada em 50% dos casos de crianças60(C) e em 25% dos adultos61(C) com rigidez de masseter. A HM é relacionada à síndrome de King-Denborough (baixa estatura e anormalidades músculo-esqueléticas)62,63(C).

Tanto a HM como doença Central Core (Central Core Disease), miopatia hereditária dominante de gravidade leve a moderada, são doenças relacionadas à regulação do cálcio no músculo esquelético24,26(D). A associação da CCD com HM obriga a adoção dos cuidados para HM nos afetados64(C). Da mesma forma, familiares de portadores de CCD são suspeitos de susceptibilidade à HM65(C).

Diagnóstico Crise de HM

Nas crises, o diagnóstico de HM é fundamentado no quadro clínico. Os exames complementares têm maior utilidade na avaliação das complicações e da resposta ao tratamento. A partir da opinião de experts, foram atribuídos pesos às diversas manifestações associadas à HM e assim elaborada uma escala de probabilidade de um evento corresponder a esta síndrome66(D) (Quadro 3). Considerando a ampla variabilidade das manifestações clínicas da HM e a diversidade de diagnósticos diferenciais, a aplicação desta escala tem valor relativo e não deve prevalecer sobre o julgamento clínico(D).

As manifestações clínicas e laboratoriais da HM são inespecíficas e ocorrem em incidência variável. Taquicardia,taquipnéia, hipercarbia, acidose respiratória, acidose metabólica, rigidez de masseter, rigidez muscular generalizada, mioglobinúria (rabdomiólise), arritmias, cianose, má perfusão cutânea, diaforese, elevação da temperatura, instabilidade hemodinâmica e sangramento (alterações da coagulação) confundem-se com diversas situações clínicas67(D).

Níveis inadequados de hipnose e analgesia68(C) e bacteremia peri- operatória69(C) são exemplos de condições que podem mimetizar a crise de HM.

A elevação da temperatura pode também resultar de sistemas de aquecimento mal ajustados70(C), tireotoxicose71(C), feocromocitoma, osteogênese imperfecta, infecção, reação pirogênica, lesão hipotalâmica, reação a drogas, como anfetaminas, inibidores da monoamino oxidase, atropina, glicopirrolato, cocaína, anfetamina, droperidol, metoclopramida, cetamina, síndrome neuroléptica maligna e interrupção do uso de levodopa72,73(C).

A capnografia tem grande valor no diagnóstico precoce da HM e na avaliação da resposta ao tratamento. Aumento da concentração de CO2 no gás expirado (EtCO2) acima de 5mmHg merece investigação. De fato, elevações acentuadas do EtCO2, da concentração de CO2 no sangue venoso (PvCO2), sangue arterial (PaCO2) e diferença veno-arterial de CO2 são observadas precocemente nos casos fulminantes, mas podem ser atenuadas por hiperventilação nas crises moderadas74(D) 32,75(C).

Quadro 3

Estimativa da probabilidade de acerto do diagnóstico clínico de HM[66](D)

Processo fisiopatológico	Indicadores	Pontos
Rigidez Muscular	Generalizada (exceto calafrio)	15 ou
	Espasmo de masseter após succinilcolina	15
Destruição Muscular	CPK > 20 000 UI com succinilcolina	15 ou
	CPK > 10 000 UI sem succinilcolina	15 ou
	Urina escura	10 ou
	Mioglobinúria > 60 mcg.L^{-1}	5 ou
	Mioglobinemia > 170 mcg.L^{-1}	5 ou
	Potassemia > 6 mEq.L^{-1}	3
Acidose Respiratória	$PETCO_2$ > 55 mmHg em ventilação controlada adequada	15 ou
	$PETCO_2$ > 60 mmHg em ventilação espontânea	15 ou
	$PaCO_2$ > 60 mmHg em ventilação controlada adequada	15 ou
	$PaCO_2$ > 65 mmHg em ventilação espontânea	15 ou
	Hipercarbia inapropriada	15 ou
	Taquipnéia inapropriada	10
Acidose Metabólica	BE arterial < -8 mEq.L^{-1}	10
Acidemia	pH arterial < 7,25	10
Hipertermia	Elevação rápida e inapropriada da T	15 ou
	T > 38,8 ºC (inapropriada)	10
Ritmo Cardíaco	Taquicardia sinusal (inapropriada)	3 ou
	Taquicardia ou fibrilação ventricular	3
Dantrolene e Acidose	Reversão rápida	5
Antecedente familiar	Em familiar de 1º grau	15
	Em familiar outro que não de 1º grau	5
Antecedente Familiar e pessoal	História familiar positiva para HM e outro indicador pessoal sugestivo em experiência anestésica prévia	10
Bioquímica Pré-operatória	CK elevada em repouso (em paciente com antecedente familiar de HM)	10

Além da HM, diversas situações resultam em elevação da EtCO2: aumento da produção de CO2 (outras causas de hipermetabolismo e febre), hipoventilação (depressão respiratória por anestesia profunda em ventilação espontânea, disfunção do ventilador ou válvulas unidirecionais, vazamentos ou obstrução no circuito de ventilação, balonete do tubo traqueal não insuflado, intubação endobrônquica acidental, broncoespasmo, secreções ou sangue obstruindo a árvore respiratória, edema pulmonar, redução da expansão pulmonar por diminuição da complacência pulmonar, coleções pleurais gasosas ou líquidas, aumento do tono muscular do abdome ou compressão por afastadores). Ao longo das intervenções

laparoscópicas, a insuflação peritoneal com CO2 também pode determinar esperada elevação progressiva da EtCO2.

Destacam-se ainda aumentos da potassemia, creatininemia e distúrbios da hemostasia. Algumas crises de HM podem ser acompanhadas de elevação dos níveis de creatina-fosfocinase (CPK) acima de 20000 UI/L (o pico é alcançado entre 12 e 24 horas do início da crise). Todavia, na maioria dos casos, os valores de CPK não excedem este limiar. O tratamento com dantrolene não parece afetar a elevação da CPK plasmática. Em cerca de 30% das crises de HM tratadas com dantrolene, os picos de CPK encontram- se dentro dos níveis associados à maioria dos procedimentos cirúrgicos. A succinilcolina está relacionada a valores mais expressivos de CPK. Quando ela não é usada, os níveis de CPK permanecem dentro do esperado para uma operação não complicada por HM, em 50% dos pacientes com HM76(C).

Não somar pontos de indicadores de um mesmo processo fisiopatológico. Considerar a pontuação máxima de cada processo		
Pontuação	Probabilidade	Risco de HM
0	Quase impossível	1
3 a 9	Improvável	2
10 a 19	Algo menos que provável	3
20 a 34	Algo mais que provável	4
35 a 49	Bastante provável	5
50 ou +	Quase certo	6

Sintomas: Manifestações como febre, cansaço muscular, câimbras ou fraqueza são demasiadamente inespecíficas para sugerir susceptibilidade(D).

Antecedentes pessoais e familiares

Assim, suspeita-se da susceptibilidade em razão de antecedentes (crise sugestiva de HM durante exposição a agentes desencadeantes) pessoais ou familiares de HM.

A ausência de crise de HM após exposições anteriores não exclui a susceptibilidade. Cerca de 50% dos casos diagnosticados haviam sido previamente expostos a agentes desencadeantes sem que se tivesse manifestado a HM10(C). Entre os fatores que possam ter atenuado a resposta aos agentes provocadores são lembrados: temperatura ambiente baixa77(D),

barbitúricos, opióides, bloqueadores neuromusculares, a variabilidade da potência que tem os agentes para desencadear as crises7(D), a penetrância genética também variável17(C) da HM.

Creatino cinase (CPK) em repouso

A presença de CPK elevado em repouso, excluídos exercício extenuante ou trauma muscular, tem valor relativo apenas em familiares de casos susceptíveis78(C). Sem outra explicação, níveis elevados de CPK em repouso trazem a suspeita de miopatia79(C).Tais alterações são muito comuns e não justificam a dosagem de CPK plasmático na população geral(D).

Teste de Contração à exposição ao Halotano-Cafeína

Mesmo nos casos clássicos, a confirmação diagnóstica se faz obrigatória, pois será a partir dos casos confirmados que se fará o planejamento da investigação nos familiares dos afetados. O padrão de herança autossômico dominante resulta em pelo menos 50% de probabilidade de positividade nos parentes diretos (pais, filhos e irmãos) de um indivíduo confirmado. Serão, portanto, estes pacientes acometidos de crises provavelmente associadas à HM (ver classificação das crises de HM no Quadro 1) e familiares diretos dos casos confirmados, os candidatos a confirmação diagnóstica através de testes de contração ao halotano e à cafeína em material obtido através de biópsia muscular80(D).

Ainda que não se considere necessário aplicar rotineiramente TCHC em todos os portadores de distrofinopatias, considera-se sua realização naqueles vitimados por episódios semelhantes à HM e associados à anestesia81(C).

O teste de contração ao halotano-cafeína (CHCT: cafeine halothane contracture test) é o padrão adotado internacionalmente para o diagnóstico de HM. Através da análise da resposta contrátil à exposição a concentrações crescentes de cafeína e halotano é possível discriminar susceptíveis e normais. Este método foi padronizado diferentemente na Europa82(D) 83(B) e na América do Norte84,85(D).

Segundo o protocolo norte-americano, o TCHC consiste em avaliar a resposta contrátil de fascículos musculares (fascículos com 2 mm de diâmetro e 2,5 cm de comprimento, cerca de 2 a 3 g de tecido, dissecados com mínimo trauma) submetidos a tensão de repouso de 2 g e expostos a concentrações crescentes de halotano (1% a 3%) e cafeína (0,125 a 16 mM). O material é imerso em solução de Krebs-Ringer equilibrada com O2 95% e CO2 5%, mantida a 37 oC durante o teste. Uma resposta contrátil superior a 0,5-0,7 g quando o halotano a 3% é borbulhado no banho, ou acima de 0,2-0,3 g após a adição de 2 mm de cafeína indica positividade. A prévia estimulação supramáxima garante a viabilidade do material biopsiado. O

TCHC, realizado conforme o protocolo norte-americano, tem 97% de sensibilidade e 78% de especificidade(B).

Evita-se realizar a biópsia com peso inferior a 20 kg em pacientes sob tratamento com dantrolene sódico ou bloqueadores de canais de Ca++ e nos três meses seguintes a uma crise de HM, quando ainda pode ser encontrada lesão muscular residual. Os locais preferenciais para biópsia são os músculos do vasto lateral da coxa e o reto abdominal. Os testes devem estar concluídos antes de 5 horas decorridas da biópsia, o que exige encaminhar os pacientes a serem estudados aos centros de biópsia.

O procedimento é realizado sob anestesia geral ou regional, desde que sejam evitados os agentes desencadeantes e haja dantrolene sódico imediatamente disponível. A combinação do bloqueio dos nervos femoral e fêmoro-cutâneo lateral (com lidocaína, clorprocaína, mepivacaína ou bupivacaína) associada à sedação com agentes seguros tem sido empregada com sucesso em adultos e crianças 87(C).

A biópsia muscular é a base do diagnóstico definitivo de HM. Ainda que a anestesia de pacientes com antecedentes não confirmados possa ser conduzida com segurança através da omissão de agentes desencadeantes e atenta monitorização, o TCHC é essencial para a definição do estado de saúde do afetado e seus familiares. O TCHC permite selecionar candidatos para investigação genética, abrindo caminho para ampliação do conhecimento sobre esta doença80(D). Por outro lado, confirmada a susceptibilidade através do TCHC e identificada uma determinada mutação, a pesquisa do gene mutante poderá ser empregada no diagnóstico da susceptibilidade em familiares.

T

RATAMENTO

O protocolo de tratamento da HM delineado abaixo é internacionalmente recomendado, baseado na interrupção da exposição a agentes desencadeantes, administração de medicação específica (dantroleno sódico) e medidas de suporte ou destinadas à prevenção decomplicações associadas.

Fase Aguda 88-90(D)

- Interrupção imediata da inalação de anestésicos voláteis e/ou succinilcolina
- A progressão das manifestações HM (formas abortivas) pode ser interrompida com a retirada do agente desencadeante.

Cancelamento da operação

- Desde que possível, os procedimentos cirúrgicos devem ser adiados.
- Hiperventilação com oxigênio puro
- Não há necessidade de troca do circuito circular ou sistema de absorção de CO2.

Dantrolene sódico

- Injeções intravenosas de 2,5 mg/kg, repetidas até o completo controle das manifestações de HM. Ainda que doses maiores sejam eventualmente necessárias, o controle das crises de HM é obtido na maioria dos casos com dose total inferior a 10 mg/kg91,92(C). A análise de 117 casos mostrou que os 18 pacientes que receberam dose inicial de dantrolene igual ou superior a 6 mg/kg sobreviveram, enquanto 11 óbitos foram registrados entre os que receberam doses menores93(D).
- A depressão máxima da contração muscular é obtida com níveis plasmáticos de 4,2 µd.mL-1 94(C). Doses intravenosas de dantrolene de 1,4 e 1,6 mg.kg-1 resultam em concentrações plasmáticas de 2,4 e 2,8 µd.mL-1 e 93% e 95% da depressão máxima da contração. Daí ter sido estabelecido 2,5 mg.kg-1 de dantrolene intravenoso como dose suficiente para obtenção de níveis plasmáticos adequados, isto é, acima de 3 µd.mL-1 94(C).
- O relaxante muscular dantrolene sódico é um derivado hidantoínico, administrado pelas vias oral ou intravenosa. A formulação para uso intravenoso é apresentada em frascos-ampola de 70 mL, contendo 20 mg de dantrolene, 3 g de manitol e hidróxido de sódio suficientes para elevar o pH a 0,5 após diluição. O conteúdo de cada frasco-ampola deve ser diluído em 60 ml de água estéril (há dificuldade em diluir este agente em outras soluções).
- Registram-se associadas ao dantrolene, arritmias cardíacas (ritmo de Wenckebach)94(C) e interação com verapamil e diltiazen95,96(D) resultando de parada cardíaca e bloqueio AV total97,98(D).
- Entre outros efeitos colaterais do dantrolene, incluem-se náusea, vômitos, mal-estar, tonturas e irritação local devido ao elevado pH da solução99(C). A hepatotoxicidade atribuída ao dantrolene atinge aproximadamente 1% dos pacientes100(C) e é observada naqueles submetidos a tratamento com dantrolene por via oral41(D). Não há relatos de insuficiência hepática causada por dantrolene41(D).
- A fraqueza muscular determinada pelo dantrolene pode ser intensa100(C) e contribui para depressão respiratória pós- operatória101(C). No post partum, o dantrolene determina atonia uterina102(C).

Controle da acidose metabólica

- Bicarbonato de sódio intravenoso, conforme o bicarbonato sérico (em geral, 1 a 2 mEq/kg).
- Resfriamento ativo
- Lavagem gástrica, vesical, retal e cavidades (peritoneal ou torácica) eventualmente abertas com NaCl 0,9% gelado; colchão hipotérmico e aplicação de gelo na superfície corporal, até atingir a temperatura de 38°C, para evitar hipotermia.

Tratamento das arritmias cardíacas

- Geralmente controladas com o tratamento da hiperpotassemia e acidemia. Procainamida (ampola de 5 mL, 100mg.mL-1 para uso intravenoso):
- Adultos: ataque 10 a 15 mg/kg; manutenção 2 a 4 µg/min. Dose máxima: 50 mg/min;
- Não usar bloqueadores de canais de Ca++, cuja interação com dantrolene resulta em hiperpotassemia e colapso circulatório103(C) 97(D).

Tratamento da hiperpotassemia

- Elevação do pH com hiperventilação e/ou infusão de bicarbonato de sódio; Solução com insulina, 0,15 U/kg em glicose 50%, 1 ml/kg.
- Diurese
- Manter diurese acima de 2 ml/kg/hora com hidratação e/ou diuréticos (manitol ou furosemida).
- Fase Tardia 90(D)

NOTA: Estudo em 1999104(C) descreveu recidiva de uma crise de HM aparentemente controlada há 18 horas. Assim, face ao risco de recidiva é conveniente observação em Unidade de Tratamento Intensivo durante pelo menos 24 horas.

Recomenda-se ainda pelo menos 24 horas de observação para os pacientes acometidos de rigidez de masseter. Estes casos beneficiam-se dos mesmos controles abaixo propostos para os casos de HM61(C).

Dantrolene intravenoso

- 1 mg/kg a cada 6 horas, durante 48 horas.
- Controles a cada 6 horas

- Temperatura, gasometria arterial, níveis sanguíneos de creatino-fosfocinase (CPK), potássio e Ca++, coagulograma, mioglobina sérica e urinária.
- Orientação do paciente e familiares acerca da doença
- Informações acerca da doença devem ser oferecidas verbalmente e por escrito.

É imperioso estimular a transmissão do conhecimento sobre a doença entre os familiares dos afetados. Faze-lo, seja a partir de um caso fatal, seja a partir de uma situação clínica controlada, representa expor paciente e familiares a uma crise adicional. Acrescentam-se à gravidade do problema e seus potenciais implicações as lacunas que persistem sobre diversos aspectos desta doença105(D).

Prevenção

- Cuidados específicos são exigidos na condução de anestesias em pacientes susceptíveis ou suspeitos de susceptibilidade à HM (D):
- Quando possível, considerar-se confirmação diagnóstica dos casos suspeitos através de biópsia muscular. Identificado o susceptível, devem ser investigados seus familiares diretos;
- Evitar exposição a agentes desencadeantes.
- Resíduos de anestésicos voláteis podem desencadear crise de HM: recomenda-se evitar circuito de ventilação previamente usado para administração de halogenados.

Monitorização da capnografia e da temperatura central

- As crises de HM nem sempre podem ser evitadas, mas a detecção precoce permitirá o tratamento adequado e melhores resultados92(C)90(D). Assim, termometria central e a capnografia estão indicados quando administrados agentes capazes de desencadear HM.
- A capnografia é recurso de monitorização amplamente utilizado em diversas situações clínicas. Ao registrar os teores (concentração ou pressão parcial) de CO2 inspirado e expirado, a capnografia reflete a qualidade do gás inspirado (presença ou ausência de reinalação), o metabolismo celular, a circulação sistêmica e pulmonar (transporte de CO2 dos tecidos aos pulmões) e a ventilação pulmonar. Assim, a monitorização contínua do CO2 nas vias aéreas proximais permite identificação rápida de processos patológicos agudos e crônicos, aumentando sobremaneira a segurança dos pacientes sob ventilação artificial106(C). Visto que a elevação do CO2 no gás exalado é indicador precoce do estado hipermetabólico que caracteriza a HM74(D)32(C), a análise do

traçado do capnográfico, confirma o diagnóstico, orienta acerca da progressão da crise HM e da resposta ao tratamento75(C).

- Uma vez que a anestesia interfere na termoregulação e as inter venções diagnósticas e cirúrgicas (salas cirúrgicas mantidas em atmosfera resfriadas, superfícies externas e cavidades expostas, lavagem e antissepsia da pele, irrigação, etc.) favoreçam o resfriamento, a termometria central contínua faz parte da monitorização básica do paciente anestesiado. Isto é particularmente significativo em crianças, idosos, doentes graves ou mesmo adultos sem doença sistêmica associada, porém submetidos a procedimentos com duração superior a uma hora. Situações menos comuns, porém não menos graves, como a HM, estão associadas à hipertermia e, através da termometria, podem ser diagnosticadas.
- Garantir disponibilidade imediata, na sala de operação, de tratamento específico: dantrolene sódico.
- Observação em pós-anestésico durante pelo menos 3 horas

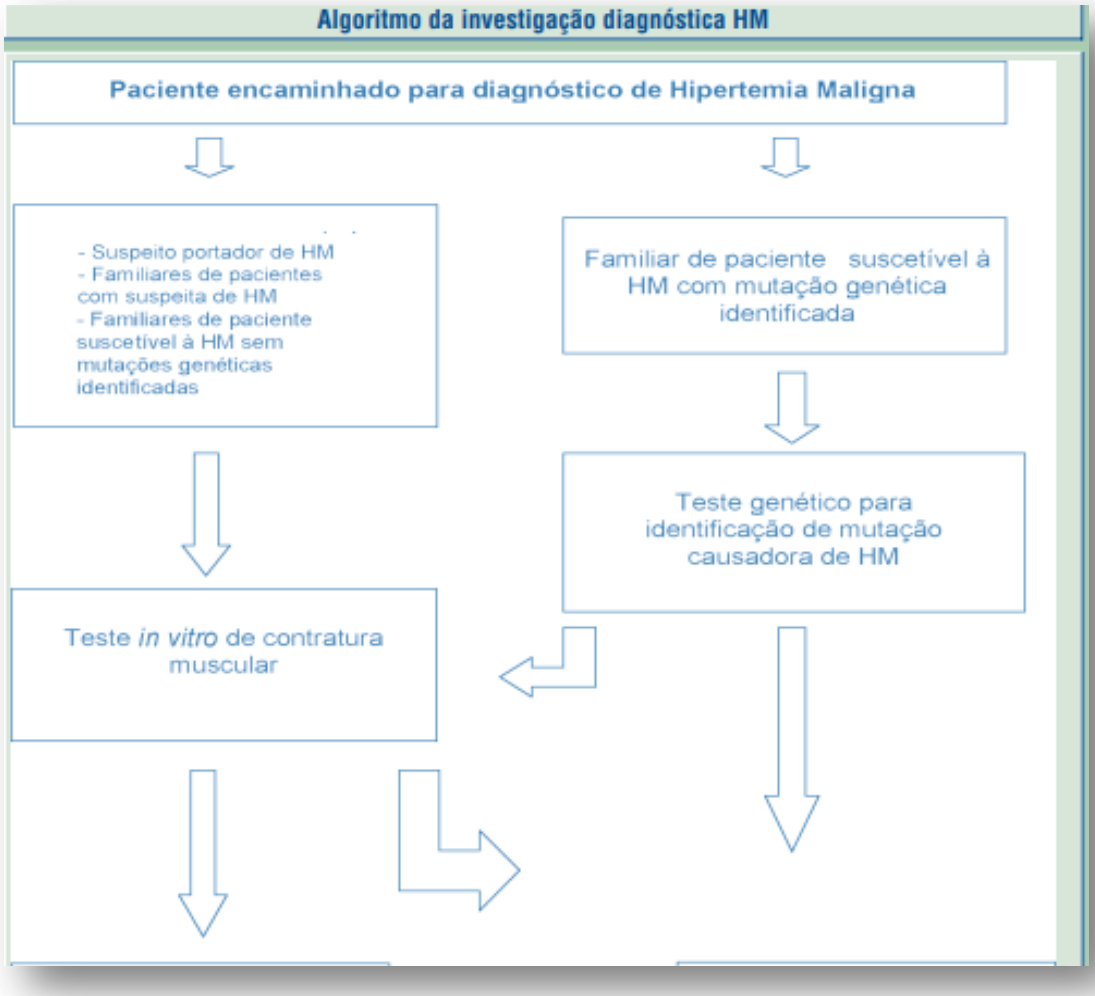
Profilaxia com dantrolene

- Há controvérsia sobre a natureza dos casos classificados como episódios de HM não associados a agentes desencadeantes107-109(C). Assim, dada a improbabilidade de episódios graves de HM sem prévia exposição a agentes desencadeantes e não ser o dantrolene isento de efeitos colaterais99(C), não há hoje razão para sua administração profilática110(C).

Prognóstico

Crises fulminantes, associadas a 60% de mortalidade, foram descritas em até 50% dos casos de HM111(C), entretanto muitos casos leves, com remissão espontânea, devem passar despercebidos.

Figura 13.4.32-1 - Hipertemia Maligna



13.4.33. Protocolo - Intubação Traqueal Difícil

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	INTUBAÇÃO TRAQUEAL DIFICIL	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

O desmembramento do projeto iniciado pela Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) levou à elaboração de orientações de natureza prática com o objetivo de facilitar a abordagem

à via aérea difícil e reduzir a incidência de eventos adversos a este tópico relacionados2(D). A partir desta referência é que se conceituam os seguintes termos:

- Via aérea difícil – Diz-se quando um profissional experiente encontra dificuldade na manutenção de ventilação sob máscara, dificuldade de intubação traqueal ou ambos.
- Laringoscopia difícil – Não é possível visualizar qualquer porção das cordas vocais com o método de laringoscopia convencional.
- Intubação traqueal difícil – São necessárias mais que três tentativas ou mais que dez minutos para completar a manobra de intubação, utilizando-se de laringoscopia convencional. Tal definição, apesar de ainda ser empregada, é imprecisa e arriscada, pois se sabe que várias tentativas de laringoscopia podem traumatizar a via aérea, levando a sangramento e edema. Estes, por sua vez, podem dificultar a ventilação manual sob máscara, trazendo sérias complicações. Desde a primeira tentativa de laringoscopia deve-se buscar as condições ótimas3(D). Se mesmo em condições ótimas não é possível realizar a intubação traqueal, a intubação difícil estará caracterizada em apenas uma tentativa e em menos de trinta segundos.

Médico Anestesiologista

Grau de recomendação e força de evidência:

- Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência. B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência. C: Relatos de casos (estudos não controlados).
- Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.
- Estabelecer a rotina propedêutica a ser utilizada na identificação da via aérea difícil.
- Apresentar as condutas sugeridas na literatura para casos de intubação difícil provável.
- Enfatizar a necessidade de treinamento continuado em técnicas alternativas de intubação traqueal.

Conflito de interesse:

- Nenhum conflito de interesse declarado.

Dimensão do Problema

A incapacidade de manter o controle das vias aéreas, impedindo a adequada oxigenação tecidual, traz consequências dramáticas. O estudo chave que trouxe a maior fonte de

informações a respeito do problema foi realizado pelo Comitê de Responsabilidade Profissional da Sociedade Americana de Anestesiologistas - ASA, através do qual foram avaliados os casos encerrados movidos contra anestesiologistas durante o período de 1975 a 19901(C). O estudo apontou os eventos de natureza respiratória como a principal causa isolada dos processos, respondendo por cerca de 34% do total. Destes, a maior parte (85%) evoluiu para óbito ou lesão neurológica irreversível.

DIAGNÓSTICO

Tentativa ótima de laringoscopia:

- Laringoscopista experiente;
- Ausência de hipertonia muscular;
- Posição olfativa ótima;
- Compressão laríngea externa;
- Lâmina do laringoscópio de tamanho e tipo adequados.

Posição olfativa ótima:

- Flexão do pescoço sobre o tórax através da colocação de coxim occipital associado à extensão da cabeça sobre o pescoço. Desta forma tendem a se alinhar os eixos oral, laríngeo e faríngeo. Compressão laríngea externa: suave deslocamento para trás e algo para cima da cartilagem tireóide, osso hióide e/ou cartilagem cricóide. Procura corrigir as situações nas quais a epiglote é visível, porém, não a glote.

Ventilação sob máscara difícil

Não é possível, para apenas um operador, manter a SpO2 acima de 90%, usando FiO2 de 1,0, em paciente cuja saturação era normal antes da indução anestésica. É impossível, para apenas um operador, evitar o surgimento ou reverter sinais como cianose, ausência de CO2 exalado, ausência de expansibilidade torácica ou distensão gástrica durante ventilação com pressão positiva.

Propedêutica da Via Aérea

Existem situações nas quais as dificuldades de intubação traqueal podem ser facilmente antecipadas: traumas de face ou vias aéreas superiores4(C) 5- 7(D), obesidade8(D), sequüelas de queimaduras9(D), certas síndromes congênitas como Pierre Robin, Treacher

Collins e outras malformações 10- 12(D). Em outros casos, porém, esta dificuldade não é explícita, devendo ser pesquisada de forma dirigida.

Inúmeros estudos foram desenvolvidos no sentido de identificar características anatômicas que se correlacionam com dificuldades de intubação13-15(D)16,17(C). Outros trabalhos procuraram criar testes que pudessem pressupor a ocorrência de intubação difícil. Nenhum teste, porém, apresentou sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo significante de forma que pudesse ser aplicado de forma isolada18-20(B)21(A). Sendo assim, concluímos que quanto maior o número de testes e sinais pesquisados, maior será a acurácia da avaliação.

Os dados relevantes são:

- Relativos à história pregressa:
- História prévia de intubação difícil;
- Intervenção cirúrgica prévia em região de cabeça e pescoço;
- Distúrbios relacionados às vias aéreas (refluxo,hipertrofia amigdaliana, etc.;

Relativos ao exame físico:

- Obesidade;
- Pescoço curto e/ou musculoso;
- Retrognatismo;
- Incisivos superiores longos e/ou protusos;
- Relação língua-orofaringe (classificação de Mallampati);
- Conformação do palato;
- Distância interincisivos;
- Distância tireo-mento;
- Complacência do espaço submandibular;
- Mobilidade cervical;
- Protusão voluntária da mandíbula.

NOTA: Tendo em vista a gravidade da situação na qual é impossível a realização de ventilação manual sob máscara em paciente apneico, tem igual, se não maior, importância o rastreamento da via aérea difícil de ventilar, e não apenas a via aérea difícil de intubar. Os fatores relevantes neste caso são22(B):

- História de ronco (ou diagnóstico conhecido de apnéia obstrutiva do sono);
- Índice de massa corpórea superior a 26 kg/m2;
- Presença de barba;
- Ausência de dentes;
- Idade superior a 55 anos.

Intubação de Via Aérea difícil reconhecida

As técnicas de intubação que melhor asseguram a oxigenação cerebral são as que preservam a ventilação espontânea associada à inalação de mistura enriquecida de oxigênio. Desta forma, é recomendação da Sociedade Americana de Anestesiologistas que a intubação de via aérea difícil previamente reconhecida deve ser preferencialmente realizada com o paciente acordado, após o devido preparo (sedação leve, anestesia tópica e bloqueios nervosos)2,23(D).

Quanto à técnica alternativa a ser empregada, não há recomendação específica, mas sim a sugestão de adequado treinamento com o maior número possível de técnicas. Sendo assim, pode-se eleger a que seja melhor indicada para cada caso, baseando-se nas condições do paciente e não em limitações do operador.

As principais técnicas alternativas de intubação traqueal são:

- Laringoscopia de fibra óptica24(D);
- Máscara laríngea25(C)26,27(D)28(B);
- Intubação retrógrada29(D);
- Estilete luminoso;
- Intubação nasal às cegas;
- Intubação digital;
- Introdutores (“bougies”);
- Laringoscópios não convencionais (Bullard, etc.).

Indução de Anestesia Geral x Via Aérea Difícil Desconhecida

Nesta situação, é fundamental a determinação da capacidade ou não de ventilação manual sob máscara. Sendo impossível a intubação convencional através de laringoscopia direta, porém possível a ventilação, há condição para experimentar qualquer das técnicas alternativas de intubação, enquanto é mantida a oxigenação que caracteriza uma situação de urgência, mas não emergencial. Pode-se considerar30(D):

- Máscara laríngea;

- Intubação através da laringofibroscopia;
- Lâminas de laringoscópio alternativas;
- Intubação às cegas;
- Intubação retrógrada, etc.

Caso também a ventilação seja impossível, está caracterizada a emergência da circunstância, devendo ser empregadas imediatamente técnicas que ofereçam oxigênio de forma eficaz e rápida ao paciente evitando a hipóxia30(D):

- Máscara laríngea;
- Combitube;
- Cricotireoidostomia;
- Ventilação a jatos transtraqueais, etc.

Desintubação de Via Aérea Difícil

Se após a desintubação ocorre desconforto respiratório em paciente portador de via aérea difícil, pode ser difícil ou impossível a nova intubação ou mesmo ventilação sob máscara. A recomendação é que estes casos sejam desintubados através de um guia30(D). O material disponível no mercado que melhor atende a esta finalidade são as sondas trocadoras. Estes dispositivos possuem lúmen interno capaz de propiciar ventilação a jatos e servir de guia para uma nova intubação.

TRATAMENTO

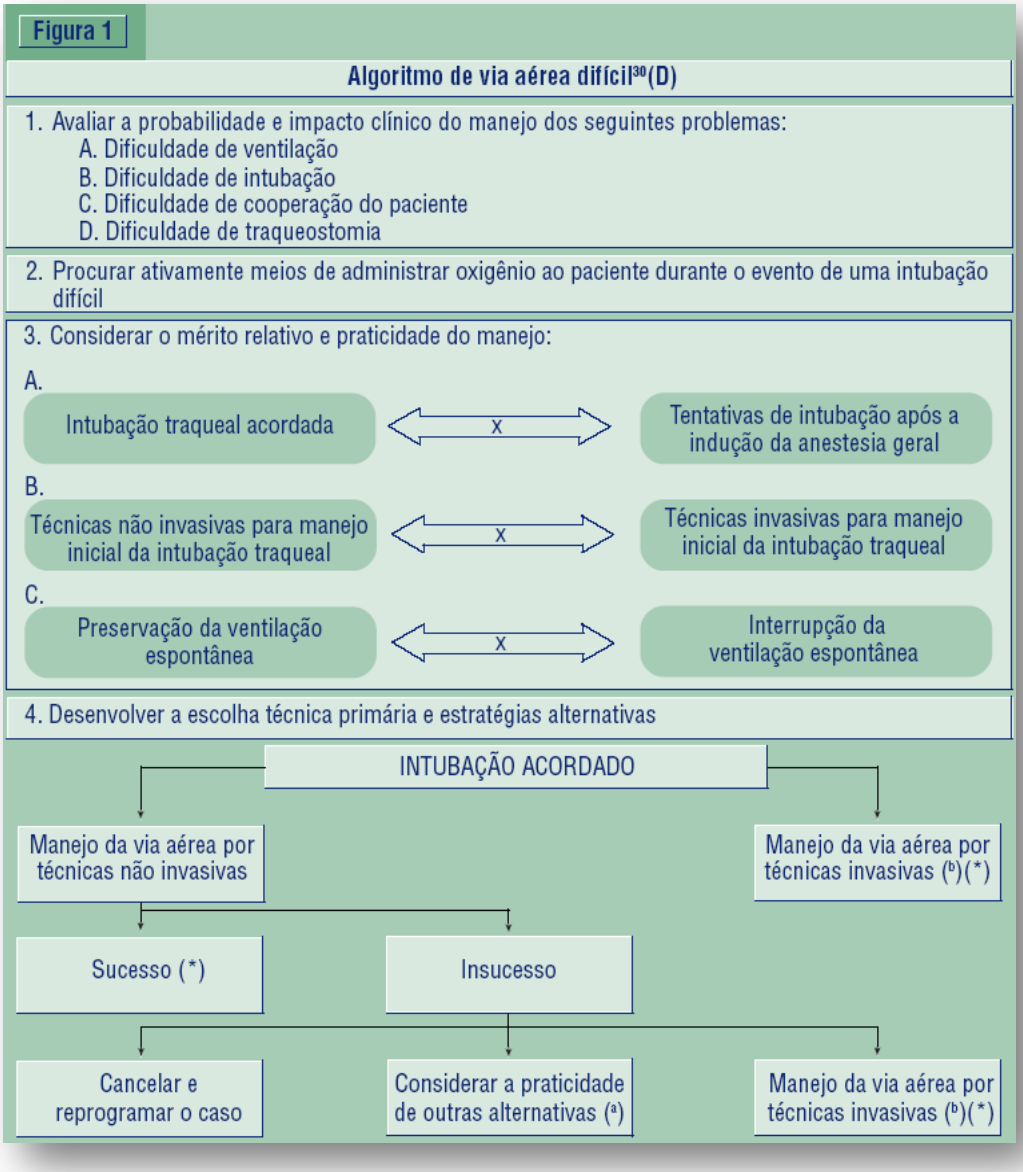
Cuidados Pós-Anestésicos

O relato de via aérea difícil, bem como a estratégia adotada para a condução do caso, deve obrigatoriamente fazer parte do prontuário do paciente. O próprio paciente e seus familiares devem ser informados quanto à gravidade da situação e à necessidade de transmitir esta informação ao anestesiologista em intervenções cirúrgicas futuras. Também é recomendação que o portador de via aérea difícil traga esta informação em objetos de uso pessoal, tais como cordões ou pulseiras30(D).

Desta forma, a informação será transmitida mesmo em eventual atendimento de emergência, estando o paciente inconsciente e desacompanhado de familiares (Figuras1 e 2)30(D). (*) Confirmar a intubação traqueal ou o correto posicionamento da máscara laríngea com capnografia.

Outras opções incluem, mas não são limitadas:

- anestesia utilizando máscara facial ou máscara laríngea;
- anestesia local ou bloqueios de nervos periféricos. O emprego destas alternativas implica que a ventilação sob máscara é factível.
- Estas alternativas são limitadas nesse ponto do algoritmo e podem conduzir a uma via emergencial de ventilação pulmonar.
- Acesso invasivo inclui traqueostomia percutânea ou cirúrgica ou cricotireostomia.



Manejo não invasivo alternativo para dificuldade de intubação incluem, mas não são limitadas:

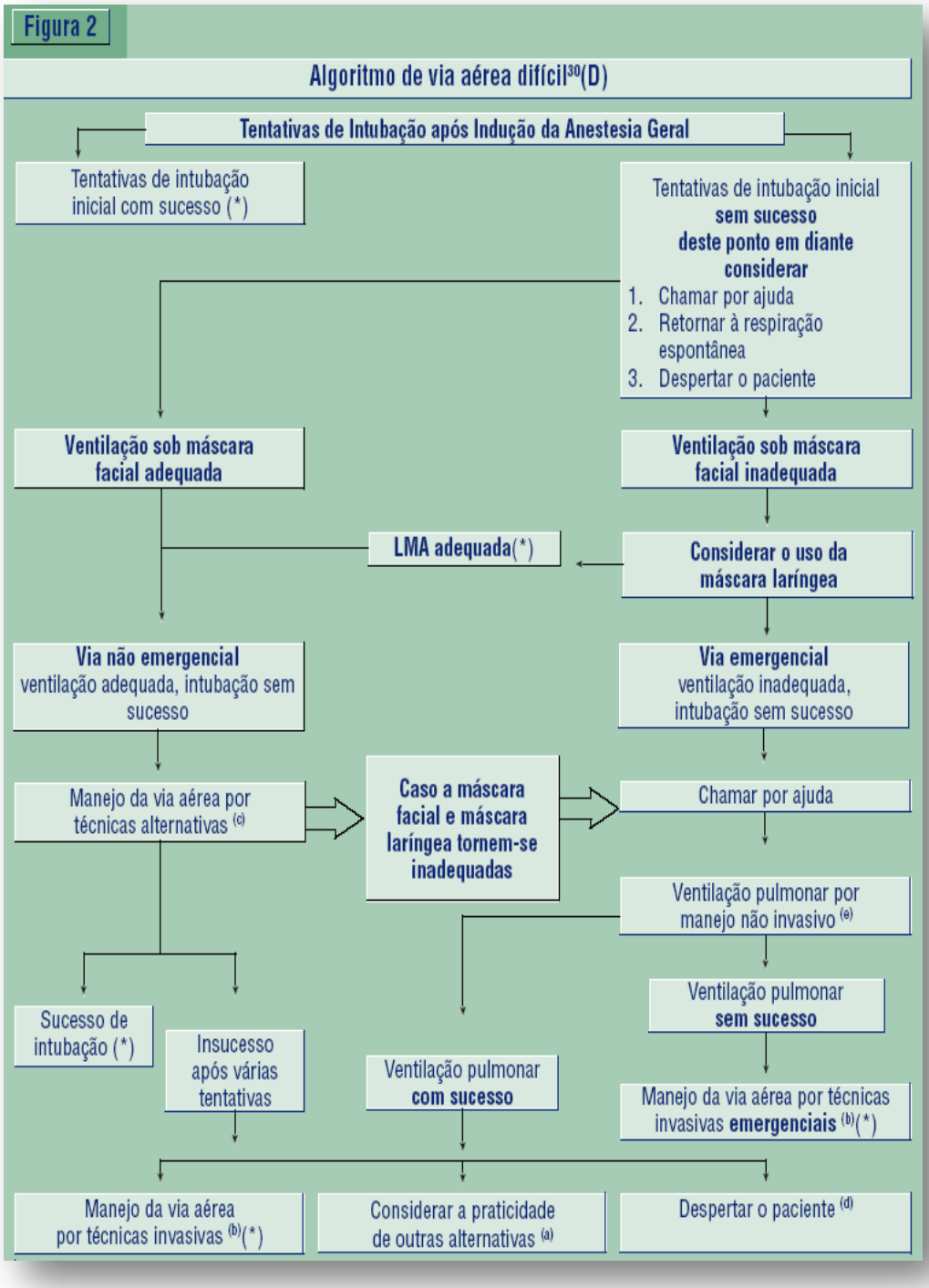
- Lâminas de laringoscópio alternativas;
- Máscara laríngea como condutor para intubação traqueal;
- Laringofibroscopia;
- Estilete;
- Estilete luminoso;
- Trocador de tubo;
- Intubação retrógrada;
- Intubação oral ou nasal às cegas.
- Considerar preparar o paciente novamente. Opções de ventilação pulmonar não invasiva incluem, mas não são limitadas:
- Broncoscopia rígida;
- Combitube;
- Ventilação transtraqueal.
- (*) Confirmar a intubação traqueal ou o correto posicionamento da máscara laríngea com capnografia.

Outras opções incluem, mas não são limitadas:

- Anestesia utilizando máscara facial ou máscara laríngea;
- Anestesia local ou bloqueios de nervos periféricos. O emprego destas alternativas implica que a ventilação sob máscara é factível.
- Estas alternativas são limitadas nesse ponto do algoritmo e podem conduzir a uma via emergencial de ventilação pulmonar.
- Acesso invasivo inclui traqueostomia percutânea ou cirúrgica ou cricotireostomia.
- Manejo não invasivo alternativo para dificuldade de intubação incluem, mas não são limitadas:
- Lâminas de laringoscópio alternativas;
- Máscara laríngea como condutor para intubação traqueal;
- Laringofibroscopia;
- Estilete;
- Estilete luminoso;
- Trocador de tubo;
- Intubação retrógrada;
- Intubação oral ou nasal às cegas.
- Considerar preparar o paciente novamente.

Opções de ventilação pulmonar não invasiva incluem, mas não são limitadas:

- Broncoscopia rígida;
- Combitube;
- Ventilação transtraqueal.



13.5. Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreaviso

13.5.1. Protocolo DOR

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	DOR	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Segundo o Ministério da Saúde o controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito do paciente.

Para que o manejo da dor aconteça de forma sistematizada, segue abaixo dois conceitos importantes:

Dor aguda: É a dor de início recente e de duração provavelmente limitada. Aquela resultante de lesão traumática, cirúrgica, inflamatória ou infecciosa, mesmo que de início abrupto tendo curta duração. Tem caráter fisiológico, função de defesa e geralmente responde a medicação. Mal controlada, traz sofrimento e diversos riscos para o paciente secundários a resposta endócrino-metabólica aumentada, dificuldade de mobilização, reabilitação, respiração e tosse adequadas.

Dor crônica: É definida como qualquer dor com duração maior que 3 meses. É desprovida de qualquer valor biológico, podendo ser considerada uma doença por si só. Trata-se de condição bastante prevalente, atingindo em torno de 30% da população. Apresenta grande impacto negativo na qualidade de vida, com isolamento social, distúrbios de humor, distúrbios do sono e perdas funcionais.

DIAGNÓSTICO

Na admissão do paciente, o enfermeiro classifica a intensidade da dor com o instrumento de avaliação da dor de acordo com a faixa etária do paciente, conforme tabela abaixo:

Quadro 13-22 - Intensidade da Dor

Escalas	Indicação
EVA	Pacientes acima de 8 anos
FACE	Pacientes de 3 a 8 anos
COMFORT B	Pacientes pediátricos sedados
FLACC	Pacientes menores de 3 anos com necessidades especiais
RASS	Pacientes sedados acima de 14 anos

Identifica a localização da dor; verifica a qualidade da dor, podendo ser em pontada, pulsátil/latejando, cortando, cólica, em pressão, queimação ou surda, avalia a frequência podendo ser continua ou intermitente e por fim se a dor é aguda ou crônica. Mesmo que a dor não faça parte do relato espontâneo do paciente no momento da avaliação, o profissional da equipe assistencial deverá fazer o questionamento quanto à presença de dor.

Todo paciente com dor deverá ser medicado e reavaliado em até 60 minutos após administração da medicação, caso paciente esteja sem dor nesta primeira reavaliação as sequências serão feitas no horário padrão de dados vitais ou diante de nova demanda espontânea do paciente. Nos casos em que o paciente apresenta demanda espontânea antes do intervalo de reavaliação que é de 60min ou persiste com dor nesta primeira deverá ser administrada nova medicação conforme prescrição e comunicado ao médico assistente ou internista.

Em pacientes portadores de dores crônicas ou de difícil controle, a reavaliação deverá ocorrer a cada 60mim até se atingir escores equivalentes à dor leve.

Quadro 13-23 - Dor Aguda e Crônica

DOR AGUDA

Classificação da dor	Reavaliação
Leve	Após 6 horas da administração da medicação ou sob demanda
Moderada	Após 2 horas da administração da medicação ou sob demanda
Intensa	Após medicação via oral reavaliar em 60 min ou sob demanda / após medicação endovenosa reavaliar em 30 min
DOR CRÔNICA	
Classificação da dor	**Reavaliação**
Leve	Após 6 horas da administração da medicação ou sob demanda
Moderada	
Intensa	

A Reavaliação é registrada no quadro de cuidados do paciente e na anotação do técnico de enfermagem.

TRATAMENTO

Tratamento Orientado por Intensidade:

- Caso o paciente esteja sentindo dor, ele deve ser medicado conforme prescrição médica que segue a escada da OMS abaixo.

O tratamento da dor, segundo a OMS, deve ser realizado conforme a sua intensidade e em intervalos pré-definidos, respeitando a farmacocinética de cada droga. Por exemplo, um paciente com EVA = 8, deve receber opióide forte em horários fixos, no caso da morfina a cada 4h. Deve ter associado um analgésico simples (paracetamol ou dipirona) e um anti-inflamatório (AINE), sempre que não houver contraindicações. Caso necessário deve ainda receber adjuvantes, como relaxantes musculares, antidepressivos e/ou anticonvulsivantes para o tratamento da dor neuropática.

Nos casos de dor moderada é possível substituir os opióides fracos por baixas doses de opióides fortes. Em casos de dor aguda como controle da dor pós-operatória no centro cirúrgico e da dor relacionada a cólica renal no PSO a via endovenosa (EV) é preferível. Nas demais situações, sempre que não haja contraindicações, deve-se preferir a via oral (VO).

Bloqueios anestésicos para o controle da dor podem ser usados em qualquer nível de dor em que o benefício supere os riscos. Quando bem indicados, se relacionam a analgesia de boa qualidade à possibilidade de reduzir ou retirar opióides minimizando seus efeitos adversos e favorecendo da reabilitação.

As medicações mais frequentemente utilizadas no controle da dor e disponíveis no hospital estão listadas abaixo:

Critérios de Inclusão

Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes com dor de intensidade superior a 4 na escala EVA (dor relevante) e com duração superior a 30 dias (dor crônica). Também devem ser apresentados os escores da escala de dor LANSS para definição do tipo. Para uso de opioides, os pacientes deverão ser refratários aos demais fármacos, conforme escalonamento definido neste Protocolo.

Critérios de Exclusão

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos medicamentos nele preconizados.

Tratamento Adjuvante Antidepressivos

Os pacientes com dor crônica frequentemente sofrem de depressão esta condição deve ser prontamente tratada.

Medicamento	Apresentação	Doses/Observações
Analgésicos Comuns		
Dipirona	Ampola 2 ou 5 ml (500mg/ml) Comprimido 500 mg Gotas 500 mg/ml	500 mg a 1 g a cada 4 ou 6 hs Criança: 10 a 30 mg/kg (1 gota/kg)

	Xarope 500 mg/ml Supositório 300 mg	(Dose de ataque, opcional: 50mg/kg) Dose máxima diária: 4 gramas
Paracetamol	Comprimido 750 mg Gotas 200 mg/ml (1ml = 15 gotas) / 13mg/gota	500 mg a 1 g a cada 4 ou 6 hs Criança: 10-15 mg (1 gota) a cada 4 ou 6h (Pode-se considerar dose de ataque: 30mg/kg) Dose máxima diária: 3 – 4 gramas Criança = 100 mg/kg; Criança pequena = 75 mg/kg; RN ≥ 32 sem = 60 mg/kg; RN < 32 sem = 40 mg/kg. Nos 2 últimos casos pode ser utilizado intervalos mais longos como 8 e 12h, respectivamente. Evitar uso prolongado em desnutridos e alcóolatras. Nesses, limitar dose diária em 3 gramas (adulto)
Dipirona + Prometazina + Adifenina	500 mg / 10 mg / 5 mg	Ação analgésica, antiespasmódica, relaxante muscular e sedativa leve (não afeta tempo reação/performance) Adultos e crianças acima de 12 anos. Mesma posologia da dipirona (vide acima)
Anti-inflamatórios (AINES)		Usar a menor dose em pacientes idosos. Em idosos ou pacientes com história de úlcera péptica

		(contraindicado se ativa) sem risco cardiovascular aumentado, preferir os Coxibes ou associar protetor gástrico e usar doses baixas pelo menor tempo possível. Evitar em pacientes com disfunção renal. Se usar, monitorizar clearance de creatinina.
Cetoprofeno	Ampola 2ml /100 mg (IM) Frasco lionizado 100 mg (IV)	IV – Diluir em 100-150 ml de SF ou SGI e infundir lento (20 min). 100mg a cada 8 ou 12 hs. Crianças acima de 15 anos
Cetorolaco	Ampola 30 mg/ml	1 ampola IV ou IM profundo a cada 6 ou 8hs. Crianças 0,6 mg/kg a cada 6 ou 8hs. Restringir a 5 dias.
Ibuprofeno	Gotas 50 mg/ml(1 ml = 10 gotas)	Criança acima de 6 meses (preferencialmente 2 anos): 5 a 10 mg (1 a 2 gotas) / dose 3 a 4 vezes ao dia
Naproxeno	Comprimido 250 mg	250 a 500 mg/dose a cada 12 hs. Ocasionalmente a cada 6 ou 8 hs Crianças > 2 anos: 2,5 a 5 mg/ kg a cada 8 ou 12 hs Uma dose de carga de 10mg/kg pode ser considerada Dose máxima: 15 mg/kg
Diclofenaco Potássico	Gota 15 mg/ml(1 gota = 0,5 mg)	A partir de 1 ano. 0,5 mg/kg de 8/8h (0,5 a 2 mg/ kg/dia, em 2 ou

		3 vezes) 1 gota/kg a cada 8hs
Diclofenaco Sódico	Comprimido 50 mg Supositório 50 mg Ampola 75 mg (IM)	75 mg IM profundo a cada 12 hs 50 mg VO ou VR a cada 8 hs
Piroxicam	Ampola 40 mg /2 ml	Uma injeção IM ao dia
Tenoxicam	Comprimido 20 mg Frasco 20 mg Frasco 40 mg	20 mg 1 vez ao dia Dor PO ou crise de gota 40 mg/dia por até 5 dias e seguir, se necessário, com 20 mg ao dia
AINES – Inibidores seletivos da COX2 (“COXIBES”)		São preferidos em pacientes que tenham risco maior de sangramento como os usuários de antiagregantes plaquetários. Têm potencial semelhante aos AINES convencionais para lesão renal. São proscritos para cardiopatas.
Celecoxibe	Comp 100 mg	200mg em dose única ou 200 a 400mg em 2 tomadas Em dor aguda, a primeira dose pode ser de 400 mg
Parecoxibe	Frasco – pó liofizado 40mg	Injeção única 40 mg IV ou IM profunda. 20 a 40 mg a cada 6 ou 12 hs. Max. 80 mg ao dia Assim que possível passar para medicação VO. Não se deve ultrapassar 5 dias de

		uso.
Opioides		Classe de droga de eleiçãoo para o tratamento da dor moderada (opioides fracos ou baixa dose de opioides fortes) e, sobretudo, da dor intensa (opioides fortes). Seus efeitos adversos (constipação, náuseas e vômitos, retenção urinária, depressão respiratória – monitorizar com escala de sedaçãoo de Ramsay –, entre outros devem ser monitorizados e prontamente tratados.
Tramadol	Gotas 100 mg/ml(1ml = 40 gotas / 1gota = 2,5mg)	50 a 100 mg a cada 6hs Dose máxima 400 mg/dia
Tramal	Cápsula 100 mg Ampola 100 mg	Criança 1 a 3mg/kg/dose (Risco em "ultrametabolizadores" que produzem o metabólito ativo M1, mais potente, podendo levar a depressão respiratória e morte)
Codeina + Paracetamol	Comprimido 30/500mg Comprimido 7,5/500mg	Dose máxima de codeína / dia = 360 mg Nessa associação a dose é limitada pelo paracetamol a 8 comp/dia. Atenção para não prescrever paracetamol junto ao tylex e exceder a dose de paracetamol. A cada 4 ou 6 hs. Criança: 0,5 a 1,0mg/kg/dose Nessas apresentações, limitado pela dose de paracetamol, pode ser usado para criança a partir de 30

		kg.
Nalbufina	Ampola 10 mg/ml	10 a 20 mg/dose a cada 4hs Criança: 0,1 a 0,2 mg/kg/dose Assim como a codeína e o tramadol, possui dose teto. Trata-se de um agonista dos receptores opioides k e antagonista μ. Logo, se associado a outro opioide (inclusive morfina espinhal), reverterá a analgesia.
Morfina	Ampola 0,2 mg/ml (uso subaracnóideo) Ampola 2 mg/2ml (uso peridural ou ped.) Ampola 10 mg/ml(IV, IM, SC)	Doses iniciais para dor aguda 0,05 a 0,1mg/kg/dose Titular dose até efeito analgésico adequado. Manter em intervalos de 3-4hs Dose máxima: A que alivie a dor ou que os efeitos adversos, apesar das medidas para controla-los, não permitam o aumento
Metadona	Comprimido 5 mg	Lenta estabilização de níveis plasmáticos. Acréscimos nas doses devem ser feitos em intervalos de 5 dias. No paciente virgem de opioide, iniciar com 5mg (2,5mg em idosos) a cada 12hs e resgate com 5 mg a cada 4 a 6 hs. Criança: Em doses maiores de 40 mg/dia,

		monitorizar segmento ST do ECG. Preferível a morfina em pacientes com Insuf. Renal
Anticolinérgicos		
Relaxantes musculares		
Corticóides		
Dexametasona	Comprimido 4mg Elixir 0,1mg/ml Ampola 10mg (2,5ml) Ampola 2mg (1ml)	Anti emético (especialmente associado, por exemplo, a ondasentrona) Dor óssea Dor por compressão neurológica Obstrução intestinal maligna 25 a 30 X mais potente que a Hidrocortisona. Mínimo efeito mineralocorticoide 4 mg 3 a 4 vezes ao dia. Se insônia, considerar dose única pela manhã. Criança: 0,15 mg/kg/dose
Triancinolona Acetonida	Pomada 10 gramas	Lesões inflamatórias, ulceras traumáticas na boca 1 vez a noite até 2 a 3 vezes ao dia (após as refeições)
Antidepressivos Tricíclicos		
Amitriptilina	Comprimido 25 mg	Criança: dose inicial = 10mg Dose máxima: 3 – 5mg/kg/dia
Anticonvulsivantes		

Anticonvulsivantes inibidores da subunidade alfa-2-delta do canal de cálcio "Gabapentinóides"	

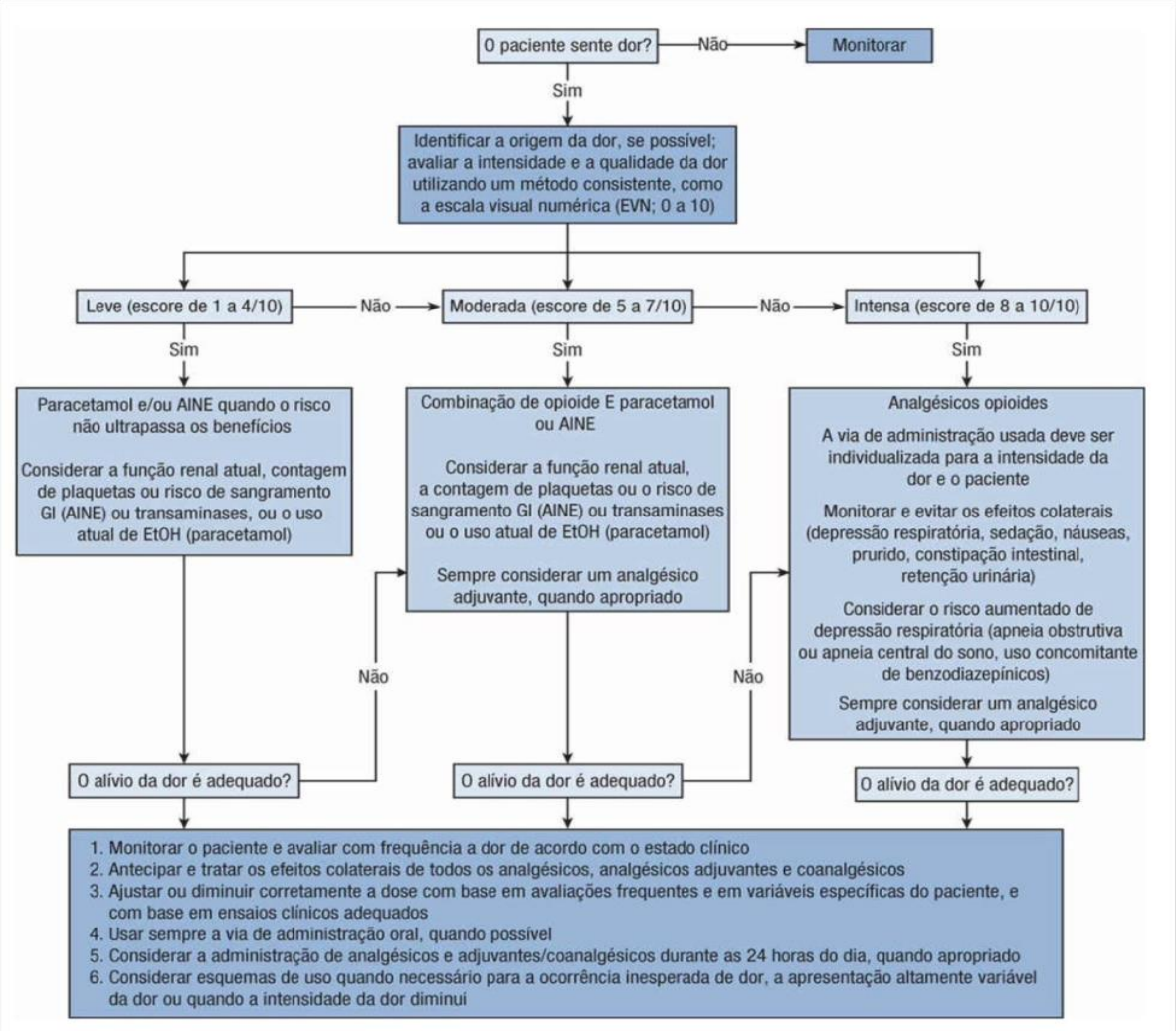
Existem alguns casos em que a dor torna-se de difícil controle. Nestes está indicada a avaliação da Equipe Terapêutica da Dor como nas situações abaixo:

- Sempre que houver dificuldade de controle da dor, nos casos de dor aguda não pós--operatória ou crônica;
- Quando existe dificuldade de controle dos efeitos adversos associados à analgesia;
- Nos casos de suspeita de adicção a opióides;
- Nos casos em que necessitem avaliação e execução de bloqueios.

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal dos potenciais riscos, benefícios e efeitos colaterais relacionados ao uso de medicamento e preconizados neste Protocolo.

O TER é obrigatório ao se prescrever medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.



13.5.2. Protocolo de Vias Aéreas Superiores - IVAS

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	IVAS	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

As infecções das vias aéreas superiores (IVAS) são um dos problemas mais comuns encontrados em serviços de atendimento médico pediátricos, resultando em uma morbidade

significativa em todo o mundo. As IVAS são a causa mais comum de crianças atendidas por infecção respiratória aguda.

Segundo um estudo realizado com crianças ambulatoriais com queixa de infecções de repetição, verificou-se que aproximadamente 50% delas eram crianças provavelmente saudáveis, 30% eram crianças alérgicas, 10% eram portadoras de alguma patologia crônica e 10% tinham algum grau de imunodeficiência.

DIAGNÓSTICO

As três infecções de vias aéreas superiores mais comuns são: Rinofaringite aguda ("resfriado"), Faringoamigdalite aguda ("infecção de garganta") e Rinosinussite aguda ("sinusite").

Rinofaringite aguda

O resfriado o é uma infecção leve das vias aéreas superiores - nariz e garganta. Não existe remédio para curá-lo ou vacinas para preveni-lo. O tratamento tem por objetivo, apenas, amenizar os sintomas. Se não houver complicação, tende a evoluir bem em poucos dias.

A doença afeta, principalmente, as mucosas do nariz e da garganta e tem maior prevalência entre crianças de dois a seis anos de idade, que apresentam de três a nove episódios de resfriado por ano.

As crianças, que têm episódios recorrentes de resfriado durante o ano, possuem maior chance de desenvolverem otite média e sinusite agudas, por causa de sua tuba auditiva ser menor e mais retificada, se comparada com ao do adulto, torna o ouvido médio mais susceptível a desenvolver infecção; além disso, os episódios de resfriados geram um processo inflamatório da mucosa nasal, que pode obstruir os óstios dos seios paranasais e da tuba auditiva, permitindo, por vezes, a instalação de infecção bacteriana secundária; o que ocasiona sinusite e otite média agudas com maior frequência.

Gripes e resfriados não podem ser tratados e evitados apenas com o uso de vitamina C. Não existe nenhum estudo demonstrando o benefício do uso de vitamina C no tratamento de IVAS na infância em relação à redução da frequência ou gravidade das rinofaringites.

Alguns estudos de nutrição clínica apontam que o uso diário de 250mg de vitamina C não previne a gripe, mas ela pode diminuir a duração dos sintomas.

Faringoamigdalite Aguda

A infecção de garganta pode ser causada por infecções bacterianas ou virais. A maioria dos casos é de origem viral. As infecções de garganta por vírus são processos benignos que se resolvem espontaneamente, ao contrário das bacterianas que podem levar a complicações, como abscessos e febre reumática.

O principal sintoma desse quadro é a presença de uma dor de garganta, associada, ou não, à dificuldade para engolir (odinofagia). Infecção de garganta com placa nem sempre é sinal de infecção bacteriana. As principais causas de faringoamigdalites são de origem virais (90% dos casos), apenas uma pequena parcela de 10% que é de origem bacteriana.

A maioria dessas infecções de origem bacteriana é caracterizada por presença de placas brancoamareladas purulentas, na região da amígdala; hiperemia do palato mole e da região periamigdaliana; odinofagia e ainda pode estar presente linfoadenomegalia cervical bilateral. Entretanto, algumas faringoamigdalites virais, como: Herpes Vírus, Mononucleose Infecciosa, Difteria e Coxsackie do grupo A podem manifestar alguns desses sintomas, simulando uma infecção bacteriana.

É importante lembrar que nem toda infecção de garganta é auto-limitada e benigna; sendo necessário, em alguns casos, ir ao atendimento médico para realizar um tratamento adequado. Há um tipo de infecção causada pela bactéria Streptococcuspyogenes do grupo A podem levar a sérias consequências, como: febre reumática, glomerulonefrite pós- estreptocócica e abscesso periamigdaliano.

Essas consequências podem levar a sequelas sérias como cardiopatias graves, insuficiência renal e sepse. Em se tratando de faringoamigdalites estreptocócica (placas brancoamareladas próximas às amígdalas, em associação com vermelhidão e dor para engolir), deve-se procurar atendimento médico rápido, para ser feito o diagnóstico precocemente e se instalar um tratamento adequado, a fim de se evitar consequências sérias futuras.

Rinossinusite Aguda

Sinusite é uma doença inflamatória que acomete os quatro pares de seios paranasais (maxilares, etmoidais, frontais e esfenoidais) todos são revestidos por epitélio respiratório produtor de muco, transportado por ação ciliar, através da abertura do seio paranasal (óstio sinusal), para dentro da cavidade nasal (meato médio). Através deste mecanismo, os seios são mantidos estéreis. É a quinta indicação mais comum de uso de antibióticos. Qualquer alteração que interfira na eliminação do muco dos seios paranasais pode predispor ao desenvolvimento de sinusite.

Alterações da consistência e da fluidez do muco, como ocorre na fibrose cística; transporte do muco pelos cílios prejudicado, como na discinesia ciliar primária e a obliteração do óstio do seio paranasal, como na renite alérgica e na rinofaringite aguda; todos esses fatores contribuem para que a criança tenha uma maior chance de desenvolver sinusite, por propiciar a colonização bacteriana secundária desse muco represado no seio paranasal.

Portanto, a obstrução do óstio dos seios ou uma deficiência do movimento ciliar podem resultar em retenção de secreções, o que desencadeia sinais e sintomas típicos de sinusite.

- O diagnóstico de sinusite aguda é clínico.
- A história clínica, associada aos achados de exame físico permite a realização do diagnóstico de sinusite na criança.
- O estudo radiológico de seios da face é raramente necessário, porque esse tipo de exame apresenta baixa sensibilidade e especificidade, além de precisar que a criança tenha uma idade mínima de pelo menos 5 anos, para que os seios paranasais se desenvolvam e possam aparecer na radiografia.

TRATAMENTO

O que se preconiza para o tratamento desses quadros é a instalação de uma antibioticoterapia, que deve ser utilizada com cautela.

Os antibióticos revolucionaram a história da medicina, diminuindo substancialmente a morbidade e a mortalidade de diversas doenças de etiologia bacteriana, mas o uso indiscriminado destes medicamentos, como também o mau uso destes (medicamento não adequado para a etiologia da infecção, doses incorretas, tempo de tratamento inadequado) vem trazendo um problema mundial: a resistência bacteriana aos antibióticos disponíveis.

Através da Resolução RDC número 20, de 5 de maio de 2011, estabeleceu medidas sobre o controle da prescrição, da dispensa, da venda dos antibióticos e, assim, combater o uso indiscriminado destes medicamentos que na tentativa de evitar que tais se tornem obsoletos devido ao aumento da resistência bacteriana.

Além disso, acompanhar a evolução do paciente e testes rápidos como de swabs para identificação do agente etiológico para melhor prescrever, além de vacinação em massa da população são maneiras de diminuir o impacto do uso indiscriminado de antibióticos.

Otite média aguda não é indicação absoluta de uso de antibióticos. Depois do resfriado comum, a otite média aguda (OMA) é a afecção mais frequente na infância. A mais alta prevalência da OMA encontra-se entre os seis meses e três anos, sobretudo no primeiro ano de vida. Os agentes etiológicos da OMA podem ser bacterianos como também virais.

Acredita-se que a maioria dos episódios de OMA ocorra como complicações de viroses respiratórias. O quadro a seguir ilustra o manejo adequado de OMA. antibiótico para otite média aguda (oma) não grave Para casos de certeza absoluta ao diagnóstico de membrana timpânica abaulada Obs: Antibióticos imediatos também são recomendados para OMA complicada, criança com aparência "toxêmica", otalgia persistente por mais de 48h e temperatura de 39ºC nas últimas 48h.

Há procedimentos cirúrgicos que podem auxiliar e contribuir com o tratamento de IVAS. Uma delas é adenoidectomia (cirurgia para retirada das adenóides). Essa cirurgia quando criteriosamente indicada (hiperplasia intensa, infecções agudas repetidas e de difícil controle) traz benefícios à criança como em evitar otites médias de repetição, possíveis prejuízos sobre a audição, a fácies adenóide, a respiração bucal, o prognatismo dos dentes superiores. Entretanto, a adenoidectomia não confere benefícios clínicos superiores à estratégia de acompanhamento vigilante do paciente através de antibioticoterapia apropriada para diminuir a recorrência de, por exemplo, otite média aguda.

Além disso, como todo procedimento cirúrgico, pode haver complicações, destacando-se o sangramento pós-operatório nas primeiras 24 horas do procedimento, que pode ser inclusive fatal. Dessa forma, o ideal é que a adenoidectomia seja reservada para casos em que o acompanhamento sistemático do paciente não tenha levado diminuição da incidência de IVAS na criança.

Figura 13.5.2-1 - Fluxo de IVAS

13.5.3. Protocolo Crise Hipertensiva

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CRISE HIPERTENSIVA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBEJTIVO

É o conceito que protege os órgãos (coração, rins, cérebro) da isquemia quando a pressão arterial cai abruptamente. Nas primeiras horas é prudente reduzir os níveis diastólicos para 100mmHg a 110mmHg ou 25% da pressão arterial média, e progressivamente, dependendo das condições clinicas, levar os níveis tensionais em direção a 140/90mmHg.

DIAGNÓSTICO

Exames complementares

Todos os pacientes com emergências hipertensivas devem realizar os seguintes exames: • Hemograma completo

- Ureia
- Creatinina
- Eletrólitos (sódio, potássio, magnésio)
- Fundo de olho
- Radiografia de tórax
- Eletrocardiograma
- Glicemia capilar
- Urina tipo I (pesquisa de proteinuria ou hematúria microscópica)

TRATAMENTO

Endovenosos

O nitroprussiato de sódio é a droga de escolha devido facilidade de manejo e efeito rápido. Dose inicial recomendada de 0,25mcg/kg/min com ajuste a cada 2 minutos até atingir os valores pressóricos alvo. Efeito antihipertensivo desaparece poucos minutos após a interrupção da medicação. Em alguns casos pode ser preferido uso de nitroglicerina EV na dose entre 5-100mcg, a depender do julgamento clínico. A internação hospitalar em UTI ou SEMI

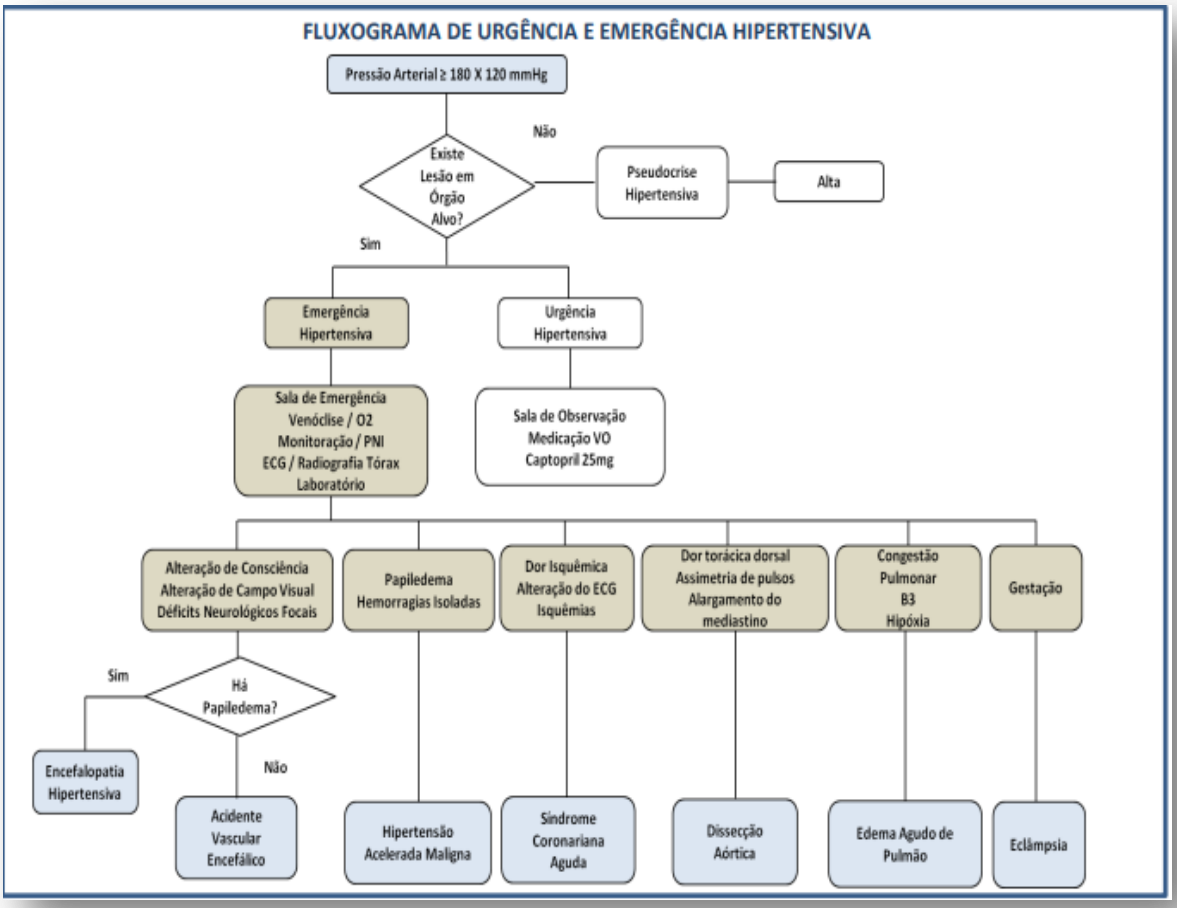
deve ser definida em conjunto com o corpo clínico e de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente.

Contraindicações:

Infarto de ventrículo direito e pacientes que usaram sildenafil nas últimas 24hs. Os beta-bloqueadores (mais comum esmolol ou metoprolol 5mg – feito em bolus por até 3 vezes até obter frequência cardíaca alvo) podem ser usados quando o objetivo maior for a redução da frequência cardíaca como, por exemplo, na dissecção aguda de aorta.

Via oral

Os diuréticos não estão indicados nas crises hipertensivas de modo geral, salvo exceção em casos de edema agudo pulmonar. Principais medicações utilizadas são captopril (dose 25-100mg), anlodipino (dose 5-10mg) e hidralazina (dose 25-200mg) todas com início de ação 10-15 min e duração de cerca de 4 a 6 horas.



13.5.4. Protocolo - Pré-Operatório

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	CRISE HIPERTENSIVA	**/ /2023**	**/ /2023**

Responsável: Médico Cirurgião preparação para executar cirurgia segura

DIAGNÓSTICO

O pré-operatório geral compreende uma boa abordagem clínica (anamnese e exame físico), exames pré-operatórios básicos, quando indicados, e cuidados que antecedem a cirurgia.

- **Hemograma:** intervenções de grande porte, suspeita clínica de anemia ou policitemia, insuficiência renal, neoplasias, esplenomegalia, use de anticoagulantes, presença de infecção, radio ou quimioterapias recentes.
- **Coagulograma:** história de sangramentos anormais, operações vasculares, oftalmológicas, neurológicas ou com circulação extracorpórea, hepatopatias e síndrome de mal absorção, neoplasias avançadas, esplenomegalia. Apenas o tempo e atividade protombina (TAP), o tempo parcial de tromboplastina (TPT) e a contagem de plaquetas costumam ser necessários nestes casos.
- **Tipagem sanguínea:** apenas em procedimentos cirúrgicos de grande porte com possibilidade de perda sanguínea elevada. Deve ser acompanhada de reserva de sangue.
- **Glicemia:** pacientes acima de 40 anos, história pessoal ou familiar de diabetes, use de hipoglicemiantes, como corticoides ou tiazidícos, pancreatopatias, nutrição parenteral.
- **Creatinina:** pacientes acima de 40 anos, história pessoal ou familiar de nefropatias, hipertensão arterial, diabetes.
- **Eletrólitos:** use de diuréticos ou corticoides, nefropatias, hiperaldosteronismo secundário, cárdio ou hepatopatias com síndrome edemogênica.
- **Urinocultura:** pacientes com indicação de cateterismo vesical durante a operação e que façam parte de grupos de risco de bacteriúria assintomática, como idosos, diabéticos, história de infecção urinaria de repetição, litíase urinaria, bexiga neurogênica, malformação de vias urinarias, gravidez e síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids). Os elementos anormais e sedimento (EAS) não tem indicação como Exame Pré-Operatório:
- **Parasitológico de fezes:** intervenções sobre o tubo digestivo.
- CPK em pacientes com história familiar de complicag6es anestésicas no intra operatório, inclusive óbito.
- **Raio x simples de tórax póstero-anterior (PA) e perfil:** pacientes com mais de 60 anos, operações torácicas ou do abdome superior, cardiopatas, pneumopatas e portares de neoplasias, tabagista de mais de 20 cigarros/dia.
- **ECG:** homens com mais de 40 anos e mulheres com mais de 50 anos, cardiopatas, coronáriopatas ou com sintomas de angina, diabéticos, hipertensos e portadores de outras doenças que cursam com cardiopatias ou em use de drogas cardiot6xicas.

NOTA 16: Estes exames, quando normais, têm validade de um ano, a menos que ocorram alterações clínicas durante este período, detectadas pela história e/ou exame físico.

TRATAMENTO

- Medicamentos de uso habitual
- Alguns medicamentos devem ser suspensos.
- Anticoagulantes orais: tem meia vida prolongada e, por isso, devem ser substituídos por heparina, cerca de cinco dias antes. Esta, por sua vez, deve ser suspensa seis horas antes do procedimento cirúrgico e reiniciada 24-48 horas depois. Nas operações de urgência, deve-se transfundir plasma fresco (15-20m1/kg), para garantir níveis adequados dos fatores da coagulação.
- Antiagregantes plaquetários: o ácido acetil salicílico (AAS) deve ser suspenso dez dias antes da intervenção.
- Antinflamatórios não esteróides: alteram a função plaquetaria e devem ser suspensos 24-48 horas antes da operação.
- Antidepressivos: em especial, os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) e Antidepressivos Tricíclicos devem ser retirados 3-5 dias antes do ato operatório.
- Hipoglicemiantes orais: devem ser substituídos por insulina regular ou NPH na véspera do ato cirúrgico, para melhor controle da glicemia e evitar a hipoglicemia. Aquele em use de NPH devem receber apenas 1/3-1/2 da dose pela manha da operação, seguida da infusão de soro glicosado a 5%,
- Glibenclamida - 24 horas (Daonil).
- Diabinese, Metformina - 48 horas.
- Diuréticos inibidores da reabsorção do potássio. Medicamentos que devem ser mantidos até o dia da operação:
    - Betabloqueadores.
    - Anti-hipertensivos.
    - Cardiotônicos.
    - Broncodilatadores.
    - Anticonvulsivantes.
    - Antiarrítmicos.
    - Corticoides.
    - Insulina.
    - Antialérgicos.
    - Potássio.
    - Medicação psiquiátrica.

Preparos Especiais

- Paciente Ictérico

- Apresentam morbidez e mortalidade elevadas em consequência da Iesão do hepatócito, imunodepressão, desequilíbrio da microbiota bacteriana intestinal com maior incidência de translocacão bacteriana e absorção de endotoxinas, Iesão dos túbulos renais, com consequente insuficiência renal, insuficiência hepática e sepse.

São tópicos importantes no pré-operatório:

- Hidratação venosa (para evitar a lesão renal);
- Descompressão das vias biliares (para recuperação do hepatócito e da resposta imunitária);
- Administração de sais biliares por via oral (para diminuir a proliferação bacteriana intestinal);
- Colestiramina para combater o prurido;
- Vitamina K;
- Dieta hipercalórica hiperprotéica ou nutrição percentual total (NPT);
- Antibioticoprofilaxia.

Em relação à drenagem previa da via biliar e:

- Tumores e estenoses - drenagem endoscópica com endopróteses ou percutânea, quatro semanas antes da operação.
- Coledocolitíase
- Sem colangite aguda: caso no período de dez dias, a icterícia não caia para < 10mg%, realizar CPRE com papilotomia e retirada endoscópica do calculo. Tratamento definitivo um mês após.
- Com colangite aguda: não melhorando após 24h de antibioticoterapia, fazer papilotomia endoscópica, retirada do calculo e/ou colocação de prótese (ou cateter nasobiliar). Intervenção apos melhora do quadro clinico.
- Com colangite aguda grave: drenagem cirúrgica imediata (coledocostomia) ou drenagem endoscópica, se possível de realização imediata.

Estenose Pilórica

- Aspiração gástrica com cateter de Fouchet ou de Levine número 18 ou
- 20 durante 3-5 dias (para diminuir o volume gástrico e o edema de parede).
- Reposição hidroeletrolítica e ácido/básica.
- Reposição com albumina e/ou plasma.

- Avaliação e suporte nutricional parenteral, ou preferencialmente enteral, caso seja possível transpor endoscopicamente a obstrução para passagem de cateter de Dobhoff.
- Antibioticoprofilaxia.
- Cimetidina - 1 hora antes da cirurgia.

Paciente Diabético

- A glicemia deve ser mantida entre 100-200mg/dI, pois a hiperglicemia deve ser evitada, mas a hipoglicemia pode ser mais rapidamente fatal. A operação deve ser, sempre que possível, realizada pela manhã. Substituir o hipoglicemiante oral de longa duração (clorpropamida) por insulina regular dois dias antes. Substituir a insulina NPH por insulina regular do seguinte modo:

Na manhã da intervenção

- Dosar antes a glicemia;
- Iniciar infusão de soro glicosado a 5%;
- Aplicar um terço ou metade da dose de insulina de longa duração mais um terço ou metade da dose de insulina regular subcutânea;
- Monitorar glicemia e fazer a insulina regular de acordo com o seguinte esquema:

Glicemia < 180	zero.	
Glicemia de 180	240	4U.
Glicemia de 240	300	8U.
Glicemia de 300	360	12U.

Hipertireoidismo

- O paciente deverá ser operado em estado eutireoideo.
- Drogas antitireoidianas (mantidas ate a véspera) - PTU (propiltiouracil): 200¬800mg/dia; ou metimazol (tapazol): 5-50mg/dia;
- P-bloqueadores (propanolol, metoprolol) - quando o pulso ainda está elevado, embora esteja em use de antitireoidianos, ou ate mesmo isoladamente, quando há intolerância as drogas antitireoidianas. Iniciar 1-2 semanas e manter durante o perioperatório, em dose de 40- 120mg/dia, podendo ser necessárias doses maiores.
- Iodo (lugol) - para diminuir a vascularização da glândula. Utilização por período de 10-15 dias até a véspera da operação, na dose de 10mg, duas vezes ao dia, na

concentração de 2%. Se ultrapassar esse período, pode provocar exacerbação do hipertireoidismo.

- Sedação - benzodiazepínicos por via oral, nos dias que antecedem a intervenção.
- Caso um paciente hipertireóideo tenha necessidade de submeter-se a qualquer outra operação, o preparo poderá ser feito somente com propanolol.

Cadiopata

O paciente deve ser classificado pelas classificações de Goldman e da ASA.

Devem ser solicitados:

- ECG
- Radiografia de tórax
- Consulta com cardiologista
- Ecocardiograma quando houver sinais de ICC ou alterações na ausculta cardíaca

O internamento:

- Passagem de acesso venoso central em paciente de médio e grande porte
- Passagem de sonda vesical para procedimentos de médio e grande porte
- Controle rigoroso do TA e pulso
- Controle rigoroso da infusão de líquidos e diurese
- Critérios de Goldman (modificado)
- Pacientes com mais de 25 pontos têm ascenção de risco vertical
- Anamnese
- Idade > 70 anos 05 pontos
- IAM < 6 meses 10 pontos
- Exame Físico
- B3/ Distensão jugulares 11 pontos
- Estenose valvular aórtica significativa 03 pontos
- ECG
- Contrações atriais prematuras ou ritmo não sinusal 07 pontos
- > 5 contrações ventriculares 03 pontos
- Estado Geral
- Gasometria anormal
- Anormalidades K/HCO3
- Função renal anormal todos 03 pontos
- Doença hepática

- Acamado
- Cirurgia
- Emergência 04 pontos
- Intraperitoneal/intratorácica/aórtica 03 pontos

NOTA: A classificação da ASA não se relaciona com o índice de Goldman.

Nefropata

Devem ser solicitados:

- Uréia
- Creatinina
- Sódio
- Potássio
- Cálcio
- Magnésio
- Hemogasometria
- Avaliação do nefrologista

No internamento deve ser realizado:

- Controle rigoroso de diurese e ingesta líquida
- Hidratação apropriada
- Controle de TA
- Solicitar eletrólitos e hemogasometria
- Dialisar na véspera
- Pneumopata

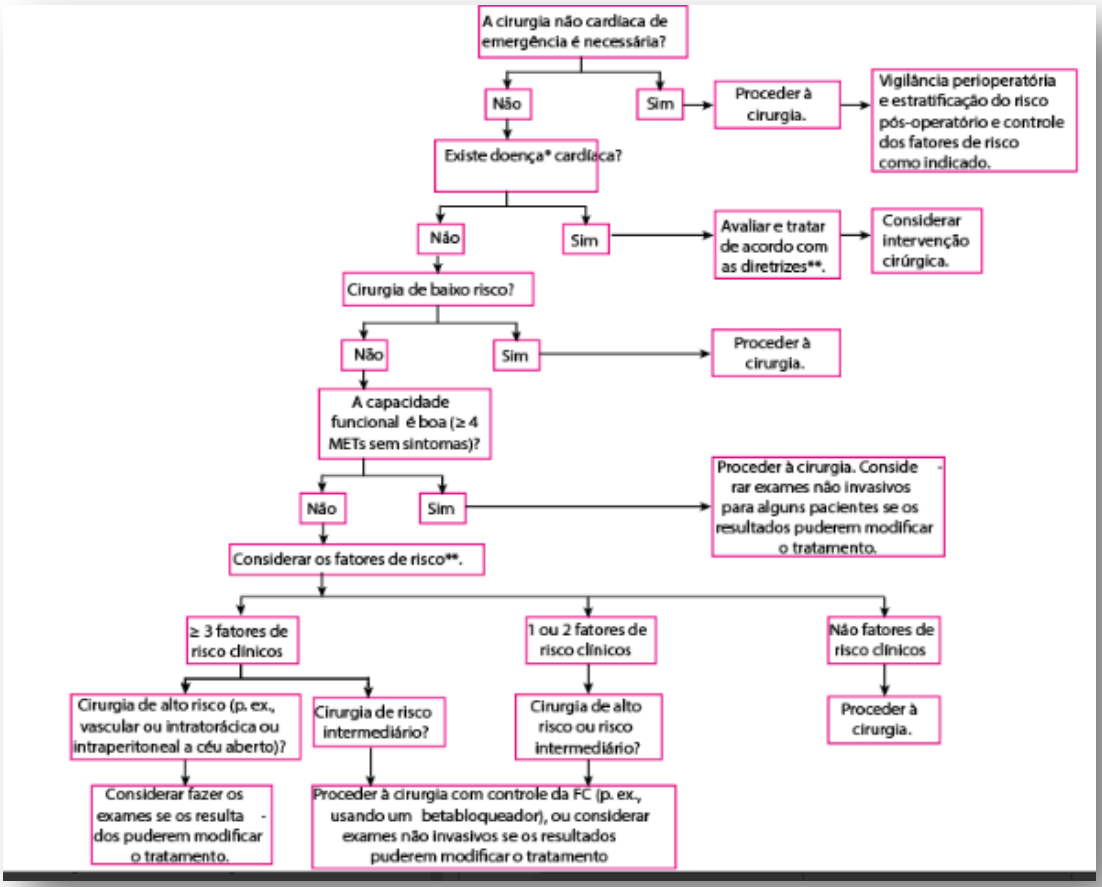
Devem ser solicitados:

- ECG
- Radiografia de tórax
- Hemogasometria arterial
- Espirometria
- Avaliação com pneumologista

No pré-operatório deve ser realizado:

- Internamento com 48 horas de antecedência
- Realizar fisioterapia pré-operatória
- Suspender tabagismo com no mínimo de 2 semanas
- Uso de broncodilatadores e corticosteroides.
- Antibióticos, se escarro purulento
- Deambulação precoce

Figura 13.5.4-1 - Fluxo de Pré-Operatorio



13.5.5. Protocolo Sangramento No Pós-Operatório Cirurgia Pediátrica

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	SANGRAMENTO POS OPERATÓRIO DE CURURGIA PEDIATRICA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Sangramento e coagulopatia são eventos comuns no pós-operatório de cirurgia cardíaca, especialmente em procedimentos com uso de circulação extracorpórea. Os principais determinantes incluem:

- Pré-operatório: cirurgia de urgência, uso de antiagregantes e anticoagulantes, uso crônico de corticoides, discrasias sanguíneas, hepatopatia, cirurgia prévia, idade avançada, insuficiência renal, infecção;
- Intraoperatório: redução dos fatores de coagulação, fibrinólise, reversão inadequada da heparinização, uso excessivo da protamina, trombocitopenia, má técnica cirúrgica.

DIAGNÓSTICO

A melhor forma de monitorar o sangramento é a rigorosa observação do débito e do aspecto dos drenos mediastinais e pleurais nas primeiras horas após o ato cirúrgico, bem como o controle de hemoglobina, plaquetas e coagulograma seriados.

Na chegada do paciente à UTI, devem ser obtidas informações sobre a hemostasia na sala de cirurgia, dose de heparina, protamina, antifibrinolíticos e hemoderivados.

TRATAMENTO

O intensivista deve ficar atento para o diagnóstico precoce, o manejo adequado dos hemoterápicos e a definição do melhor momento para indicar abordagem cirúrgica.

Não há consenso em relação à definição de débito excessivo dos drenos. Normalmente não excede 500 mL nas primeiras 24 horas. Caso o débito exceda 150 mL/h, sugere-se a rotina adotada na UTI pós-operatória:

- **Medidas gerais:** manutenção da normotermia e equilíbrio metabólico;

- **Tratamento inicial do sangramento:**
  - protamina 25 a 50 mg iv diluída em 100 ml de soro fisiológico em 20 minutos (apenas para sangramento no máximo após 4 horas da última dose de heparina);
- **Se o sangramento for maior que 150 mL/h, deve-se proceder da seguinte maneira:**
  - Coleta de coagulograma e plaquetas;
  - Avisar a equipe cirúrgica do paciente;
- **Desmopressina:** opção terapêutica para sangramentos associados à uremia ou à disfunção plaquetária – dose 0,3 mcg/kg diluído em 50 mL de salina infundido em 15 minutos;
- **Coagulograma** demonstrando TTPa ou TP prolongados:
  - plasma fresco 2 a 4 unidades; plaquetas < 100.000: transfusão de plaquetas 1 U/10 kg de peso;
- **Sangramento** persistente após infusão de plasma:
  - transfundir plaquetas 1 U/10 kg independentemente da contagem pela disfunção plaquetária;
  - Se o sangramento persiste após infusão de plasma e plaquetas: deve ser novamente avisada a equipe cirúrgica e realizados novo coagulograma, dosagem de fibrinogênio, produtos de degradação da fibrina, tempo de sangramento: se fibrinogênio < 100 mg/dL ou se TTPa persiste anormal apesar do plasma ou pacientes portadores de estenose aórtica: crioprecipitado 1 U/10 kg;
- **Suspeita de fibrinólise:** fibrinogênio baixo associado a aumento dos níveis dos produtos de degradação da fibrina especialmente em reoperações: ácido épsilon-aminocaproico 25 mg/kg IV em 1 hora, seguido por uma dose de 1 a g/h por 4 a 5 horas; ordenha dos drenos: deve ser realizada de hora em hora e na suspeita de obstrução por coágulos.

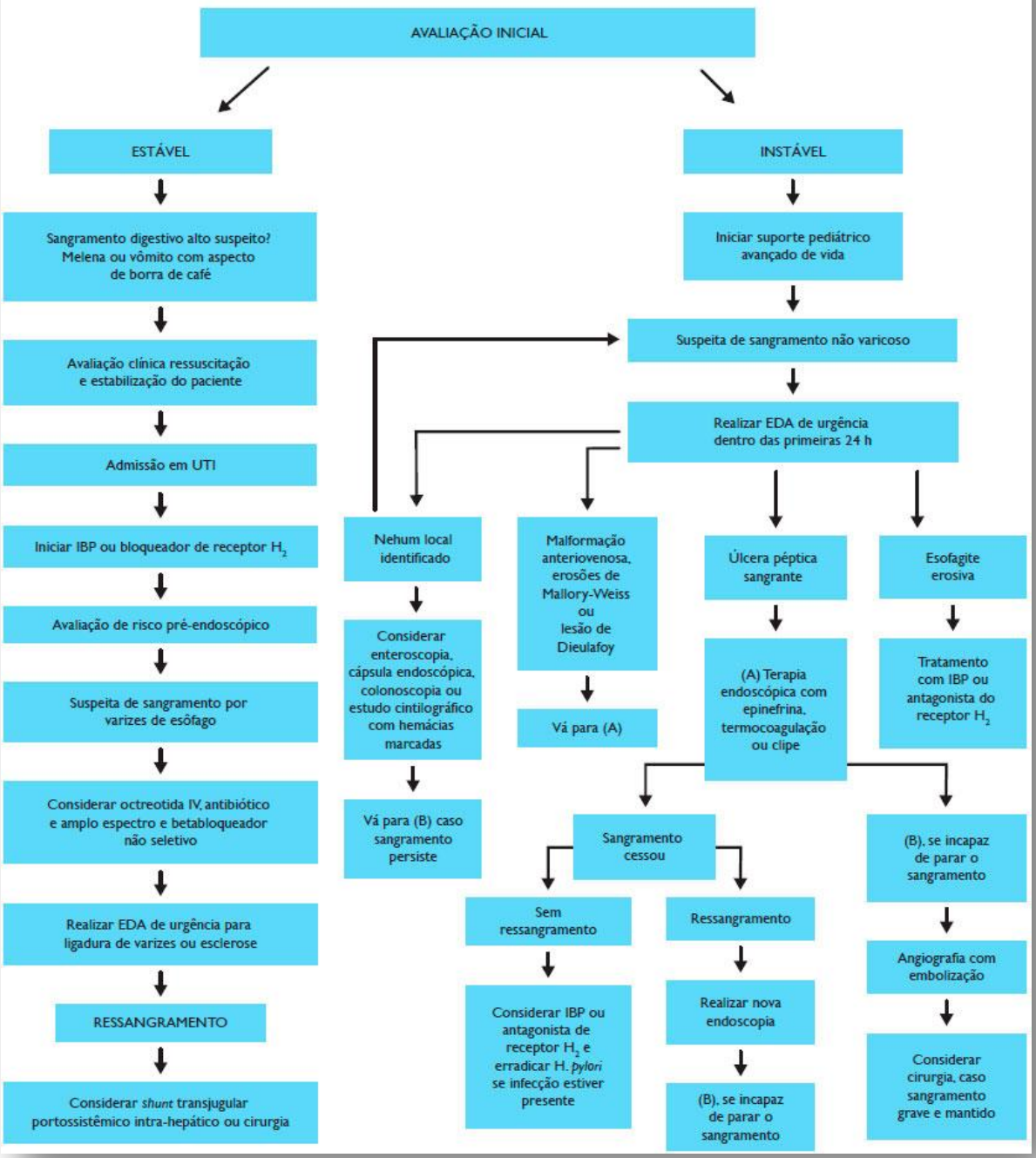
Indicação de Abordagem Cirúrgica

- Taxas de sangramento de 200 ml/h de 4 a 6 horas;
- Taxas de sangramento maior que 1.500 ml em 12 horas;
- Súbito aumento no débito dos drenos (300 a 500 ml);
- Suspeita clínica de tamponamento.

Figura 13.5.5-1 - Cirurgias comuns na pediatria

Recém-nascidos	**Mais comuns**
	Sangue materno deglutido
	Alergia ao leite de vaca
	Trauma (sonda nasogástrica em unidades de terapia intensiva)
	Incomuns
	Úlcera gástrica de estresse
	Esofagite
	Coagulopatia associada a infecção
	Deficiência congênita de fator de coagulação
	Malformação vascular
	Doença hemorrágica do recém-nascido
Lactentes	**Mais comuns**
	Lacerações de Mallory-Weiss
	Esofagite
	Incomuns
	Gastrite ou úlcera por estresse
	Doença acidopéptica
	Malformação vascular
	Duplicação intestinal
	Varizes esofágicas ou gástricas
	Obstrução intestinal
Crianças maiores e adolescentes	**Mais comuns**
	Varizes esofágicas
	Lacerações de Mallory-Weiss
	Doença acidopéptica
	Gastrite, principalmente por *H. pylori*
	Ingestão de agentes cáusticos
	Incomuns
	Vasculites
	Obstrução intestinal
	Doença de Crohn
	Hemobilia

Figura 1 – Fluxograma de avaliação e manejo do paciente com HDA



13.5.6. Protocolo - Profilaxia Antimicrobiana

/ SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PROFILAXIA ANTIMICROBIANA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

O objetivo da profilaxia a reduzir, de forma segura e custo eficaz, a incidência de infecção nos casos nos quais a cirurgia pode levar a contaminação de áreas estéreis, ou nas quais a infecção a improvável, mas pode causar morbidez importante.

Esse objetivo se baseia no fato da infecção pós-cirurgia variar entre 2,8 a 7,6% dos casos, pode causar aumento de ate 2 a 20 vezes na permanência hospitalar e 5 vezes no custo do internamento. Aproximadamente 70% dos pacientes não necessitam de antibiótico durante o internamento, dos 30% que pacientes necessitam, 70% são profiláticos e 30% terapêuticos.

DIAGNÓSTICO

Princípios da profilaxia:

A indicação de antibióticoprofilaxia se baseia em fatores como risco de infecção relacionado ao tipo de cirurgia e as características do paciente e do antibiótico usado.

Risco de infecção relacionado ao tipo de cirurgia:

- **Limpa** - corresponde a 75% dos casos em unidade hospitalar. É aquela onde não há violação das superfícies mucosas, nem inflamação local óbvia, nem colocação de dreno na incisão. A incidência de infecção nesses casos é de apenas 2%. Como a infecção à rara, a antibioticoprofilaxia só é indicada em casos especiais como procedimentos nos quais a infecção poderia ser desastrosa, quando o paciente apresenta algum fator de risco dos relacionados no tópico 2.2, quando a cirurgia de urgência, ou quando o procedimento a prolongado por mais de 04 horas. São exemplos: cirurgia limpa hérnias com prótese, mama, intervenção vascular e ortopédica com prótese, cardíaca, neurocirurgia sem prótese e torácica do mediastino.
- **Potencialmente contaminada** - é aquela onde há abertura de órgão muscular oco, sem derramamento de secreção na cavidade. Nesses casos o risco de infecção é de 15% e, portanto, a indicação do uso de antibiótico profilático com o objetivo de diminuir

a contaminação de áreas normalmente estéreis. São exemplos: cirurgias das vias biliares, gastrectomias, histerectomias, colectomias, esofagectomia.

- **Contaminada** - aquela onde há falha das técnicas de antissepsia, abertura de órgão muscular oco com derramamento de secreção na cavidade, ou presença de inflamação aguda local sem secreção purulenta. O índice de infecção é de 25%, e deve ser usado antibióticoterapia profiláticamente, exceto em cirurgias proctológicas, orificiais e abscessos localizados sem sepses. Ex.: jejuno com obstrução, íleo, cólon, reto, apendicite aguda sem perfuração.
- **Infectada -** aquela onde há presença de pus ou víscera oca perfurada. O índice de infecção chega a 40% e o antibiótico é usado como tratamento.

Risco de infecção relacionado ao TWO de paciente:

- Pacientes que farão cirurgia gastroduodenal, em uso de droga que diminui o pH gástrico.
- Pacientes desnutridos.
- Pacientes com mais de 70 anos.
- Pacientes imunodeprimidos.
- Pacientes com doença vascular reumática.
- Pacientes com diabetes descompensado.
- Pacientes com obesidade mórbida.
- Pacientes com doenças associadas.
- Pacientes com mais de 03 diagnósticos.
- Pacientes com icterícia obstrutiva.
- Pacientes com coledocolitiase ou colangite previa

NOTA: Pacientes com infecção preexistente devem ser tratados antes da cirurgia.

Fatores relacionados ao antibiótico:

Eles devem ser seguros, agente único de fácil administração, baixo custo, com mínimo efeito colateral; de espectro estreito para não selecionar a flora, eficazes contra Gram positivo e negativo (principais agentes infecciosos). Devem ser feitos de maneira a assegurar níveis teciduais adequados no momento da incisão pele, portanto administrado no momento da indução anestésica. Exemplos

- Cirurgia de cabeça e pescoço.

- Cirurgia de parede abdominal
- Cirurgia esofágica
- Cirurgia gastroduodenal
- Cirurgia de vias biliares
- Cirurgia de esplenectomia
- Cirurgia colorretal
- Cirurgia ginecológica
- Cirurgia genito urinária
- Cirurgia cardíaca
- Cirurgia vascular
- Cirurgia torácica
- Cirurgia ortopédica
- Cirurgia de amputação

TRATAMENTO

CEFAZOLINA	02 gramas no momento da anestesia. + 01 grama a cada horas enquanto durar procedimento cirúrgico.
CEFALOTINA	02 gramas no momento da anestesia. + 01 grama a cada 2 hora enquanto durar procedimento cirúrgico.
CEFOXITINA	02 gramas no momento da anestesia. + 01 grama a cada 3 horas enquanto durar procedimento

Figura 13.5.6-1 - Profilaxia Antimicrobiana

Procedimento	Patógenos prováveis	Antimicrobiano recomendado
Pele	*Staphylococcus ssp.*, mais comumente *S. pseudointermedius*	Cefazolina
Cabeça e pescoço	*Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, anaeróbias	Clindamicina ou cefazolina
Ortopedia (eletiva, fratura fechada) e neurocirurgia	*Staphylococcus spp.*	Cefazolina
Ortopedia (fraturas abertas)	*Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.* Enterobactérias	Cefazolina
Cirurgias cardiotorácicas	*Staphylococcus spp.*	Cefazolina
Gastroduodenal	Bacilos gram-negativos entéricos, cocos gram-positivos	Cefazolina
Trato gastrointestinal baixo	*Enterococcus spp.*, bacilos gram-negativos e anaeróbicos	Cefoxitina

13.5.7. Protocolo - Hérnias

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	HERNIAS	**/ /2023**	**/ /2023**

DIAGNÓSTICO

Será adotada a seguinte conduta no tratamento cirúrgico das hérnias inguinais e femurais:

- Em Hérnias tipo II na classificação cirúrgica de Nhys, ou seja, hérnias oblíquas externas (intrafunicular) o saco a dissecado aberto e não passa pelo colo do mesmo,

que corresponde ao orifício profundo, dois dedos (indicador e médio) ou o faz muito apertado tem em media 2,5cm de diâmetro.

- Ao colocar-se o dedo dentro do orifício procura-se testar a resistência da parede posterior elevando-a e na inspeção já havíamos observado que não havia abaulamento, exceto, no orifício profundo.

- Nestes casos, fazer a exérese ou dissecção ampla do cremaster para melhor visualizar o orifício profundo e sutura os dois pilares fechando até dar passagem entre o cordão e o orifício a ponta de uma pinga mosquito (Operação de Marcy).

- Hérnia Direta (retro funicular) tipo 3 a de Nyhus e os inguinais oblíquos externos com lesão da parede posterior da região inguinal, tipo III B de Nhys ate a idade de 40 anos indicamos operação de Shouldice ou Mc Vay II. Acima desta idade e quando há destruição total da parede, fazer operação de Linchestein. (Tela de marlex ou prolene = polipropileno suturada na arcada e no tendão conjunto e músculo obliquo interno, com fenda para passagem do cordão.)

- Hérnias tipo IV de Nyhus são as recidivadas, o tipo IV A obliqua externa e tipo IV B as hérnias diretas. Na 1a recidiva em ambas colocamos tela, abordando por via anterior (inguinal),

- Se a hérnia a multirecidivada abordamos por via pré-peritonial e colocamos tela fixada no Cooper (ligamento pectineo) no arco do transverso e no ligamento íleopubiano de Thompson.

- Se for bilateral abordagem de duas hérnias corn uma incisão e colocação de uma tela grande sem fixação - (Stopa). Ou pode ser uma incisão mediana ou pfnesteil.

- Hérnias Femurais III C de Nyhus operação de Mc Vay ou tela em rolha ou guarda-chuva.

- Hérnia Femural recidivada IV C Nyhus - Se foi operada a 1a vez, por via inguinal propomos abordagem por via femural e colocação de tela em rolha com reforço de quadrilátero de tela sobre rolha ou operação de Bassini-Kirschner arcada sobre o Cooper e mais um quadrilátero de tela ou Bassini (arcada sobre aponeurose do pectineo e quadrilátero de tela). Se o paciente foi operado por via femural abordar por via inguinal (operação de Mc Vay ou tela em rolha).

- A hérnia tipo A de Nhys tem apenas persistência do conduto peritônio vaginal (saco) sem outro defeito a pediátrica (Cirurgião Pediátrico) e, que basta apenas tira o saco da hérnia.

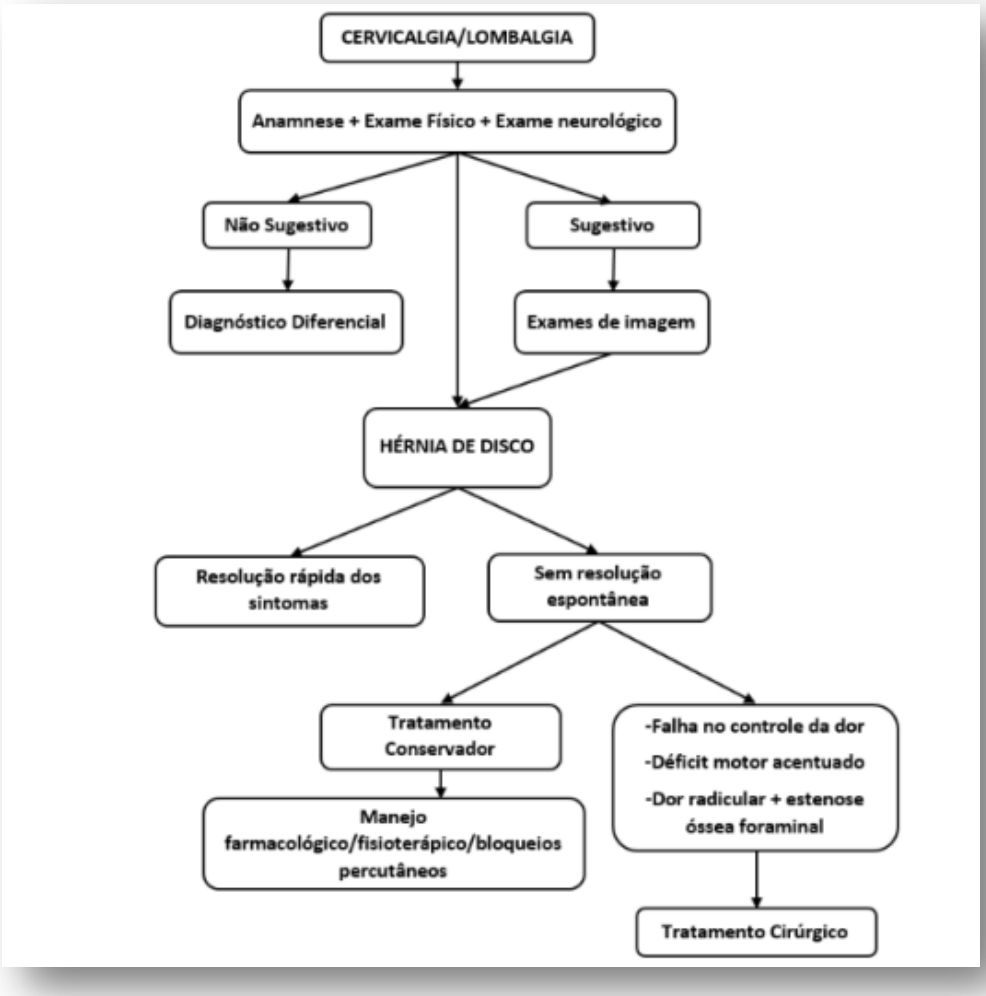
Tipo I	Hérnia Inguinal **Indireta** (anel inguinal interno **normal**)
Tipo II	Hérnia Inguinal **Indireta** (anel inguinal interno **dilatado**)
Tipo III A	Defeito da parede posterior – **hérnia direta**
Tipo III B	Hérnia Inguinal **mista** (direta + indireta)
Tipo III C	Hérnia Femoral
Tipo IV	Recidivada: A- direta; B- indireta; C- femoral D- combinada

TRATAMENTO

Cuidados pré-operatórios específicos:

- Tratar tosse crônica.
- Dificuldade de micção (Hipertrofia da Próstata?).
- Obstipação intestinal.
- Obesidade mórbida.
- Qualquer fator que aumente a pressão intra-abdominal.

Figura 13.5.7-1 - Fluxo de tratamento de Hérnia



13.5.8. Protocolo Doença do Refluxo Gastresofágico

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	REFLUXO GASTROESOFAGICO	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Afecção crônica decorrente do refluxo de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes com variável espectro de sintomas e/ou sinais esofagianos e/ou extra esofagianos, associados ou não a lesões teciduais.

DIAGNÓSTICO

CLASSIFICAÇÃO SEP PARA A DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO					
	X	0	1	2	3
Sintomas	-	Assintomático	Manifestações esofágicas	Manifestações extra-esofágicas	Manifestações esofágicas + extra-esofágicas
Endoscopia	Não realizada	Normal	Esofagite erosiva	Esofagite + complicações	-
pHmetria	Não realizada	Normal	Normal + índice de sintomas positivo	Refluxo patológico	-

Diagnóstico Sintomas típicos:

- Pirose, regurgitação acida, odinofagia, disfagia, dispepsia

Sintomas atípicos:

- Dor torácica

Diagnóstico diferencial com cardiopatia isquêmica:

- Manifestações otorrinolaringológicas: Rouquidão crônica, intermitente; irritação em orofaringe; disfagia cervical.
- Manifestações pulmonares
- Asma;
- ITR de repetição;
- Tosse crônica;
- Asfixia noturna.
- EDA
- Avalia lesões causadas pelo refluxo (esofagite) e realiza biopsias
- Diagnostico diferencial (doença péptica).

- Evidencia a presença de hérnia hiatal.
- PHMETRIA 24 h
- Demonstra a presença do refluxo anormal.
- Correlaciona o sintoma com a presença do refluxo (mesmo em casos sem esofagite

TRATAMENTO

Caracteriza posição preferencial do refluxoauxiliando terapêutica (refluxo supino demanda medidas mais agressivas).

Manometria

- Avalia atividade motora do órgão e função esfincteriana por meio de análise das pressões intraluminares.
- Fatores associados com DRGE.
- Relaxamento espontaneo do EIE.
- Hipotonia esfincteriana.
- Redução do segmento intraabdominal do esfincter.

Aumento do tempo de clareamento esofágico (restauração do pH normal após RGE), que depende da peristalse esofágica, tamponamento salivar e integridade anatômica.

Contribui para demonstrar distúrbios de motilidade esofágica associados com DRGE, sendo

NOTA: Atenção para suspeita clínica de afecções associadas (colagenoses - ESP; acalasia; DIME; esôfago em quebra-nozes; aperistalse esofágica), que podem cursar com RGE.

A manometria pode interferir na indicação cirúrgica e no tipo de valvuloplastia a ser empregada.

Pacientes com hipotonia acentuada do EIE (< 05 mmHg) tendem a necessitar de controle clinico prolongado (maior subsidio para indicação cirúrgica).

Manometria pré-operatória serve de parâmetro para investigação de disfagia pós-operatória.

Tratamento Clínico:

- Com propósitos práticos, pode-se dividir a abordagem terapêutica em medidas comportamentais e farmacológicas, que deverão ser implementadas

concomitantemente em todas as fases da enfermidade. E fundamental que o paciente saiba ser portador de uma enfermidade crônica e haja parceria com o médico, para que as medidas possam ser dotadas, sobretudo as comportamentais. A educação dos pacientes para as modificações que devem ser impostas ao seu estilo de vida e de suma importância; elas devem ser discutidas com o médico, caso a caso.

- Medidas comportamentais no tratamento da DRGE
- Elevação da cabeceira da cama (15 cm).
- Moderar a ingestão dos seguintes alimentos, na dependência da correlação com sintomas: gordurosos, cítricos, café, bebidas alcoólicas, bebidas gasosas, menta, hortelã, produtos a base de tomate, chocolate;
- Cuidados especiais com medicamentos potencialmente "de risco": anticolinérgicos, teofilina, bloqueadores de canais de cálcio, alendronato;
- Evitar deitar-se nas 2 horas posteriores as refeições;
- Evitar refeições copiosas;
- Suspensão do fumo;
- Redução do peso corporal em obesos.

Tratamento medicamentoso

Os principais fármacos empregados para o tratamento da DRGE estão propostos no quadro abaixo. Recomenda-se o conhecimento de maiores detalhes sobre a prescrição e interação medicamentosa, eventos adversos, etc.

Figura 13.5.8-1 - Medicamentos

Medicamentos empregados na DRGE		
Classe	**Substância**	**Dose plena diária**
Antiácidos ou alcalinos	Hidróxido de alumínio Hidróxido de magnésio	Viável a depender da concentração dos componentes
Bloqueadores dos receptores H2 da histamina	Cimetidina Ranitidina Famotidina Nizatidina	800 mg 300 mg 40 mg 300 mg
Inibidores da bomba protônica	Omeprazol Lansoprazol Pantoprazol Rebeprazol	20 mg 30 mg 40 mg 20 mg
Pró-cinéticos	Cisaprida Domperiodona Metoclopramida	15-30 mg 30 mg 30 mg

A identificação endoscópica da esofagite indica a utilização de IBP, embora não haja consenso quanto à dose a ser empregada: alguns autores propõem o emprego da dose plena nos casos de menor gravidade e a duplicação das doses para as esofagites de maior gravidade (graus 3 e 5 classificações Savary- Miller ou C e D classificação Los Angeles).

Deve-se ter em mente que, nos casos de esofagite grau 1 classificação Savary- Miller ou classificação Los Angeles, de natureza leve, quando não houver possibilidade da utilização de IBP por razoes financeiras ou outra natureza, pode ser considerado o emprego de bloqueador de receptor H2 da histamina (BH2) ou cisaprida em doses plenas. O insucesso terapêutico nesses casos remete o paciente a ser tratado com IBP, inicialmente em dose plena. Nos casos que requerem aumento da dose de IBP, esta deve ser duplicada com administração duas vezes ao dia.

Convém mencionar que a adição de um pró-cinético em associação com o IBP não aumenta os índices de cicatrização ou remissão de sintomas, pelo que seu emprego não e considerado. Por outro lado, a indicação de associação com BH2 em dose plena noturna aos pacientes em tratamento com IBP apresentaram sintomas noturnos, embora encontre suporte na literatura, não foi objeto de consenso.

O tempo mínimo de administração e de seis semanas, embora quatro semanas também possam ser utilizadas. O tempo requerido para a reavaliação, nesses casos, e doze semanas. Em princípio, apenas os pacientes cujo diagnostico inicial e de esofagite graus 2 - 5 de Savary-

Miller ou C e D de Los Angeles, que representam intensidades moderadas on graves devem ser considerados para a realização de exame endoscópico de controle.

Os pacientes que não apresentaram resposta totalmente satisfatória ao tratamento com IBP por 12 semanas devem ter a dose dobrada de IBP por mais 12 semanas antes de serem considerados como insucesso terapêutico.

A história natural da DRGE ainda não e bem compreendida: embora os sintomas sejam crônicos, e muitas vezes recorrentes, em numerosos pacientes a esofagite não progride com o passar do tempo. Assim, em apenas uma pequena proporção, menos de 15%, dos pacientes com refluxo sintomático e sem esofagite a endoscopia ou com esofagite de intensidade leve, a enfermidade progride para estágios mais avançados. Por outro lado, na maioria dos casos mais intensos, os sintomas da DRGE voltam rapidamente quando o período de tratamento e concluído e o medicamento e interrompido, ou quando a dose e reduzida. Nessas condições, cerca de 80% dos pacientes recidivem seis meses depois do termino da utilização de fármacos.

O prognostico do que poderá suceder após o fim do tratamento farmacológico não e claro. Na eventualidade de se requerer tratamento de manutenção, deve- se considerar cada caso. Existem estudos que dão suporte a utilização de dose de medicamento anti-secretora gástrica mínima eficaz e inclusive a tentativa sucessiva de supressão do use de fármacos com manutenção das medidas comportamentais.

Tratamento Cirúrgico:

Indicação:

- Quando o tratamento clínico falha em um de seus objetivos:
- Aliviar os sintomas: sintomas típicos e/ou atípicos podem permanecer apesar de mantido um pH > 4; > 16 h por dia (inibição acida ideal facilmente conseguida com IBP). Pacientes com grandes defeitos anatômicos fazem parte deste grupo.

- **Cicatrizar as lesões:** praticamente 100% das lesões são cicatrizáveis com IBP, porem, muitos pacientes dependem de altas doses de manutenção à longo prazo. O tratamento cirúrgico torna-se menos oneroso.
- **Prevenir as recidivas:** E o maior problema. A maior parte das referências mostram índices acima de 50%, mesmo após inibição ácida por médio e longo prazo (os mecanismos etiopatogênicos permanecem).

- **Evitar complicações:** Esôfago de Barrett (O esôfago de Barrett e definido como a substituição do epitélio estratificado e escamoso do esôfago pelo epitélio colunar com células intestinalizadas ou mistas, em qualquer extensão do órgão)

O aspecto e observável por exame endoscópico e confirmado em exame histopatológico. O diagnóstico de esôfago de Barrett independe da extensão da área metaplásica. Quando, no entanto, esse segmento e inferior a 3 cm, dá-se a denominação de "Barrett curto".

O esôfago de Barrett afeta basicamente indivíduos do sexo masculino, de rata branca, com idade superior a 40 anos.

Até o momento, não há nenhum tratamento eficaz para o esôfago de Barret, quando o objetivo e a regressão do epitélio metaplásico.

Tanto a terapêutica clínica como a cirúrgica são eficazes somente em controlar o refluxo, diminuindo consequentemente, o processo inflamatório.

O acompanhamento desses pacientes deve ser feito por meio de exame endoscópico e biopsias seriadas a cada 24 meses.

A presença de displasia não pode nunca ser descartada: os que apresentam displasia de baixo grau precisam de acompanhamento a cada seis meses; os pacientes com displasia de alto grau devem ter diagnósticos confirmados por outra patologia, sendo indicada intervenção cirúrgica. Se o paciente não tiver sido operado, o acompanhamento sugerido e a cada três meses.

Para o controle clínico do esôfago de Barret, o tratamento adequado e obtido com IBP. Nos casos de Barret curto, recomenda-se a utilização de IBP em dose plena; nos demais casos, IBP em dose dupla.

Estenose: A estenose do esôfago distal e, primariamente, uma complicação de resolução cirúrgica. Recomenda-se que o paciente seja submetido a uma avaliação previa do refluxo. A conduta cirúrgica apropriada vai depender da extensão e da localização da estenose, bem como da avaliação manométrica do órgão. Nas estenoses baixas com função motora normal, esta indicada a fundoplicatura total. Quando existir disfunção motora significativa, a fundoplicatura parcial mostra-se adequada. Nos casos que se observa estenose longa ou filiforme, o tratamento cirúrgico mais apropriado e a ressecção.

Úlcera e sangramento esofágico: O sangramento esofágico na DRGE costuma ser lento e insidioso, sendo muitas vezes responsável por quadros de anemia crônica.

O tratamento clínico constitui a melhor opção terapêutica. Recomenda-se o emprego de IBP em dose dupla por período de pelo menos oito semanas. Após a cicatrização, deve ser instituído um tratamento de manutenção.

Procedimentos Cirúrgicos:

Técnicas de reposição anatômica:

Lortat - Jacob (fig. 1): eficácia 83%. Recidiva alta a médio e longo prazo. Resultados inferiores aos procedimentos de fundoplicatura.
Cardiopexia posterior (Hill - fig. 2): 80% - 83% de eficácia à longo prazo. Episódios de distensão gástrica dolorosa no pós-operatório. Phmetria pósoperatória mostra desvantagens quanto
A fundoplicatura

Procedimentos valvulares:

Cirurgia de Belsey: fundoplicatura parcial via torácica. 11 % de recidida à longo prazo. 40% de fracasso na pHmetria. Dificuldade técnica, resultados variáveis e vias de abordagens limitam suas indicações.
Cirurgia de Nissem: fundoplicatura total circular. Objetiva restauração anatômica e da função esfincteriana. 87% de bons resultados à longo prazo. 20 a 40% de disfagia no pós-operatório (transitória, porem incapacitante em 1% dos casos). 3% - 10% de casos com distensão gástrica dolorosa e incapacidade de eructação

Risco de migração para o tórax pode ser reduzido por variáveis técnicas.

NOTA: Valvuloplastias totais devem ser evitadas em pacientes com hipocontratilidade importante (complexos de deglutição no esôfago distal < 20 mmHg), pelo risco de piora disfágica.

Não existem estudos que demonstrem superioridade da valvuloplastia total em relação às posteriores. A escolha deve ser norteada para cada caso em particular.

- Fundoplicatura de Toupet (180°):
- Fundoplicatura a Lind (270°):
- Resultados atuais para valvuloplastias posteriores (270° para pacientes com pressão baixa e 180° em casos com PEEL normal) mostram 85% de eficácia a longo prazo, com taxas baixas de disfagia (até 3%) transit6ria.

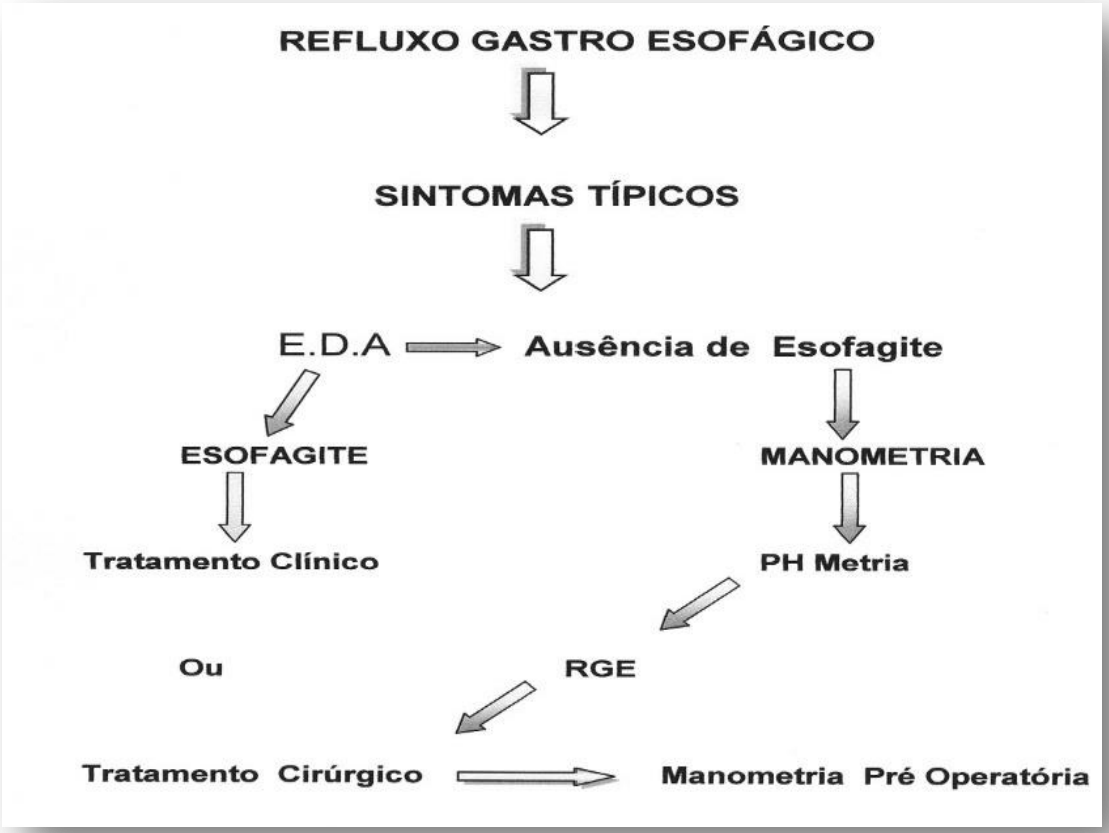
Videolaparoscopia: Domino da técnica suplanta dificuldades relacionadas com a ausência de sensação táctil na manipulação de estruturas da região. Resultados funcionais atuais são equivalentes as duas vias de abordagem, com vantagens pós-operatórias para o método laparoscópico.

Refluxo Gastroesofágico

- Tratamento Cirúrgico
- Refratariedade ao tratamento clínico
- Manifestações atípicas
- Necessidade de tratamento de manutenção (< 40 anos)
- Impossibilidade de tratamento a longo prazo (custo; obediência, etc..)
- Complicações (Barret, estenose)

Paciente deve ser devidamente esclarecido sobre a cronicidade e caráter de sua doença, devendo participar do planejamento clínico-cirúrgico.

Figura 13.5.8-2 - Refluxo Gastresofágico



13.5.9. Protocolo - Abscesso Hepático

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ABCESSO HEPATICO	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Representam coleções purulentas, localizadas no parênquima hepático. Classificam-se quanto ao número, em múltiplos ou únicos e quanto à etiologia em progênito, amebiano ou fônicos. Abscesso Piogênico; Incidência 20/100.000 admissões hospitalares.

Etiologia:

- Via colangiolítica (a mais comum em- 30 a 40% dos casos)
- Via venosa portal (complicações de apendicite, diverticulite e doença de crohn).
- Septicemia
- Contiguidade relacionada a colecistites aguda
- Traumática
- Ideopática
- Outras como: trombose da artéria hepática pós transplante.

NOTA: microrganismo mais comuns são bacilos gram-negativo entérico como E. coli e k. pneumonie. Gram-positivo são também encontrados em 50% dos casos e comum a infecção polimicrobiana. Nos pacientes com HIV, microrganismo como Cândida, Cryptosporidium e Campylobacter fetus devem ser investigados.

- Fatores predisponentes - diabetes, cirrose, pancreatite, alcoolismo, doenças hematológicas e neoplasias.

DIAGNÓSTICO

- Clínica: febre, dor hipocôndrio direito, anorexia, calafrios, náuseas e vômitos são os sintomas mais comuns. Alguns casos são insidiosos. Pode-se encontrar hepatomegalia dolorosa e icterícia. Leucocitose com neutrofilia e elevação de transaminases, fosfatase alcalina e gama-Gt positivo
- Diagnóstico:
- Raio x do tórax - elevação da hemicupula D e derrame pleural. Nível hidroaéreo no hipocôndrio direito pode ser encontrado, indicando bactérias produtoras de gás.
- USG - e o método de escolha no diagnostico pelo baixo custo e alta sensibilidade (85 a 95%), melhor visualização da arvore biliar, ser realizado a beira do leito e poder guiar drenagem percutânea.
- Normalmente a USG evidencia imagem única, localizada no lobo direito (75 a 90%), de diâmetro entre 5 a 10 cm.
- Tomografia - possui sensibilidade e especificidade um pouco melhor evidenciando lesão hipodensa, sem captação de contraste, com densidade de líquido ou gás. Também permite a punção percutânea.

TRATAMENTO

Baseia-se em antibioticoterapia e drenagem. A cobertura antibiótica deve cobrir gram-negativos e anaeróbios (aminoglicosídios ou cefalosporina de 3a geração associado a metronidazol). Na suspeita de obstrução da via biliar, ampicilina deve ser usada.

Método de Drenagem

- Drenagem percutânea - guiado por USG ou tomografia e o método de escolher no tratamento. O paciente não pode ter coagulopatia ou ascite, sob o risco de infecção do liquido ascítico ou hemoperitonio. A taxa de sucesso atinge 90 a 100% dos casos.
- Drenagem cirúrgica, indicado na falha do tratamento anterior, presença de múltiplos abscesso, cavidade multiloculada, coleções com conteúdo sólido, pacientes com choques sépticos ou peritonite difusa.
- Videolaparoscopia - tem-se mostrado um método promissor de drenagem cirúrgica, apresentando excelentes resultados nas series iniciais.

Abscesso Amebiano

São causados pela Entamoeba histololítica, de alta prevalência em nosso meio, principalmente na região amazônica. A prevalência em todo mundo a estimada em 10%; os abscessos hepáticos são as manifestações extra intestinal mais frequente da Entamoeba histololítica, porém só 10% dos pacientes infectados apresentarão abscesso hepático.

Fatores de Risco - Passagem por regiões endêmicas

Estados de imunossupressão com infecção pelo HIV, desnutrig5o grave com hipoalbuminemia e infecção crônica.

Quadro Clínico - A evolução pode ser gradual ou súbita. Nos casos súbitos a evolução é semelhante aos abscessos piogênicos, podendo ter febre (77%), dor abdominal (72%) em hipocondrio direito e calafrios. Leucocitose e desvio com as enzimas com valores normais na maioria dos casos; tosse e dor torácica são comuns. Cerca de 60% dos pacientes terão anormalidade no Rx do tórax. Na evolução lenta ocorre febre de menor intensidade, astenia, perda de peso e dor abdominal que piora com o decúbito. A diarreia e infrequente, ocorrendo em menos de 10%. Hepatomegalias dolorosas pode ser encontrada no exame físico.

DIAGNÓSTICO

USG e TC

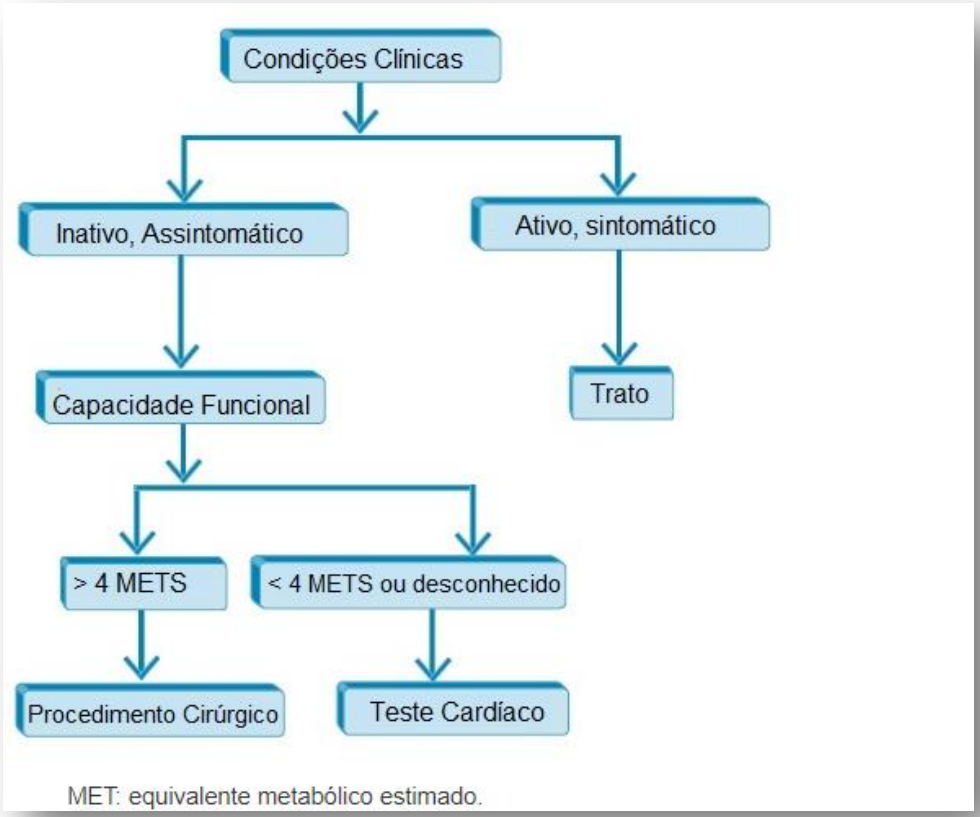
NOTA -O conteúdo do abscesso e composto de parênquima hepático necrótico associado ao sangue, levando ao clássico aspecto de pasta de anchova quando se aspira. E normalmente estéril e inodoro e pode apresentar infecg5o secundaria em 10% dos casos. A pesquisa do parasita apresenta baixa sensibilidade, não sendo indicada sua realização.

Teste de coaglutinação:

Para detectar antígenos amebianos no soro, e um exame de alta sensibilidade e especificidade que pode ser realizado de maneira rápida para se obter o diagnóstico.

Tratamento: E preferencialmente clinico, devendo-se basear na administração de metronidazol. O tratamento clínico a eficaz em 95% dos casos; caso ocorra falha, a drenagem percutânea deve ser realizada, bem como nos casos de infecção bacteriana concomitante ou risco de ruptura do abscesso (coleção > 10 cm ou localização no lobo esquerdo).

Figura 13.5.9-1 - Fluxo de Abcesso Hepático



13.5.10. Protocolo Pancreatite Crônica

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	PANCREATITE CRONICA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Entidade clínica que consiste em dor abdominal persistente ou recorrente e sinais de insuficiência pancreática exócrina e endócrina; caracteriza-se, do ponto de vista patológico, pela destruição irreversível do parênquima pancreático.

Etiologia:

Alcoolismo, hiperparatireoidismo, fibrose cística, anormalidade congênitas do ducto cístico (pâncreas divisum) e traumatismo pancreático Manifestações Clínicas: Dor abdominal epigástrica a esquerda ou a direita da linha media podendo ocorrer irradiação para as costas.

A dor pode ser continua e persistente ou pode ser associada a episódios de recorrência. Anorexia, perda de peso, diabetes mellitus em ate 1/3 dos pacientes, esteatorreia em ate ¼ dos pacientes.

Enfim, a tétrade clássica de dor abdominal, perda de peso, diabete e esteatorreia constitui quadro clinico clássico de pancreatite crônica.

DIAGNÓSTICO:

- Raio x simples de abdome - calcificações pancreáticas e um achado com especificidade de 95% para pancreatite crônica.
- Tomografia computadorizada - avaliar tamanho e textura da glândula alem de observar calcificações parenquimatosas, nodularidades e densidades não homogêneas.
- CPRE - utilizada para documentar anormalidades ductais e orientar o tratamento cirúrgico fornecendo informações anatômicas como dilatação ductal, enchimento de ramos secundários, etc.

TRATAMENTO

Tratamento não cirúrgico:

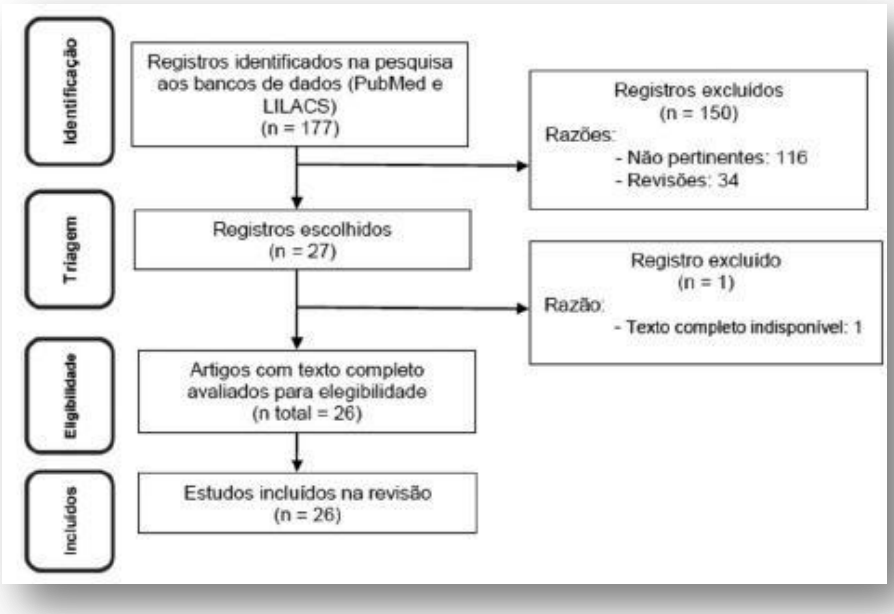
- Abrange o controle da dor, tratamento da insuficiência endócrina e exócrina.
- Tratamento cirúrgico: Classificação Procedimentos ampulares Procedimentos de drenagem
- Procedimentos ablativos O tratamento cirúrgico tem como principal objetivo o alívio da dor - preservar função exócrina e endócrina constitui meta secundaria
- Procedimento ampulares - Indicação limitada nos casos de obstrução focal do orifício ampular, realiza-se esfincteroplastia transduodenal do orifício do ducto pancreático principal.
- Pacientes com pancreatite recorrente associada a pâncreas divisum e estonose relativa da papila do ducto pancreático menor, a papiloplastia menor do ducto pancreático pode ter êxito as 85% dos casos.
- Procedimento de drenagem - Pacreatojejunostomia látero lateral (Puestow modificado por Partington e Rochelle) tem taxas de sucesso que variam de 60 a 90%. Os fatores

determinantes de sucesso são: ducto pancreático com diâmetro > 1 cm, presença de calcificação pancreáticas e anastomose pancretojejunal de mais de 6 cm.

Procedimento ablativos

- Em pacientes cuidadosamente selecionados com doença parenquimostosa isolada do corpo e da cauda do pâncreas, quase sempre secundaria a traumatismo, a pancreactectomia ductal limitada (40 a 80%) mostra êxito documentado; não ultrapassar o colo da glândula em nível da veia mesentérica superior.
- A pancreatectomia distal subtotal (pancreatectomia de 95%) se estende além do colo pancreático ate a porção intrapancreática do ducto biliar comum (utilizada em pacientes com doença parenquimatosa difusa grave), porem com risco elevado de diabetes, embora 80% dos pacientes tenha alivio da dor. Esta operação deve ser reservada para pacientes que tenha destruição parenquimatosa difusa sem dilatação ductal ou que fracassarem outros procedimentos menores.
- Doença que afeta a cabeça do pâncreas, com pancreatite crônica sem dilatação ductal - Whipple.

Figura 13.5.10-1 - Fluxo de cirurgia de pancreatite crônica



13.5.11. Protocolo Alterações Fisiológica no Pós Operatório

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ALT. FISIOLÓGICAS POS OPERATORIAS	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Durante o período de ausência de fluxo coronário na circulação extracorpórea, a demanda miocárdica de oxigênio deve ser reduzida para evitar isquemia e infarto.

Tradicionalmente, a cirurgia cardíaca é realizada no coração não pulsátil, após indução de parada cardíaca diastólica com a infusão de solução cardioplegia na raiz da aorta e no seio coronariano. Nos últimos anos, a cirurgia de revascularização do miocárdio sem uso de circulação extracorpórea tem também sido utilizada.

Um dispositivo é usado para estabilizar uma pequena área ao redor do alvo na artéria coronária, garantindo mínima movimentação do miocárdio e permitindo a contração cardíaca. Ambas as técnicas apresentam resultados semelhantes, embora se observe que o uso da CEC esteja associado à maior resposta inflamatória, insuficiência renal e coagulopatia no pós-operatório.

DIAGNÓSTICO

Diversos aspectos do intraoperatório têm influência direta no processo de recuperação, dentre eles: manejo da anestesia, cardioplegia, hipotermia e duração da circulação extracorpórea. Esses fatores variam em duração e magnitude de acordo com o tipo de cirurgia e técnica empregada, e em geral determinam redução da contratilidade e complacência cardíacas, além de alterações em diversos órgãos e sistemas.

Figura 13.5.11-1 - Resume as principais alterações fisiológicas no pós-operatório.

Sistema cardiovascular	Redução da complacência e contratilidade miocárdicas
	Taquicardia sinusal FC 100 a 120

	Atrito pericárdico
	Pneumopericárdio
	Hipotensão ortostática
	Eletrocardiograma: hemibloqueios transitórios
Sistema respiratório	Atelectasia
	Derrame pleural
	Radiografia de tórax com sinais de congestão, a despeito de pressões de enchimento normais ou baixas, por causa das alterações de permeabilidade vascular
Sistema nervoso	Lesão de nervo ulnar e mediano causada por: fratura do 1º arco costal após esternotomia, lesão de plexo braquial, trauma por punção de veia jugular interna, posicionamento inadequado do membro superior
	Neuropatia do nervo radial, após retirada da artéria radial, em geral de curso benigno
	Distúrbios visuais transitórios: perda de acuidade visual, ofuscamento e escotomas
	Disfunção cognitiva, em geral transitória
Trato gastrointestinal e geniturinário	Constipação e retenção urinária
	Inapetência
	Disgeusia (alteração do paladar)
	Íleo paralítico
Alterações laboratoriais	Anemia decorrente de perdas e hemodiluição
	Plaquetopenia < 100.000, redução da meia-vida das plaquetas induzida pela CEC

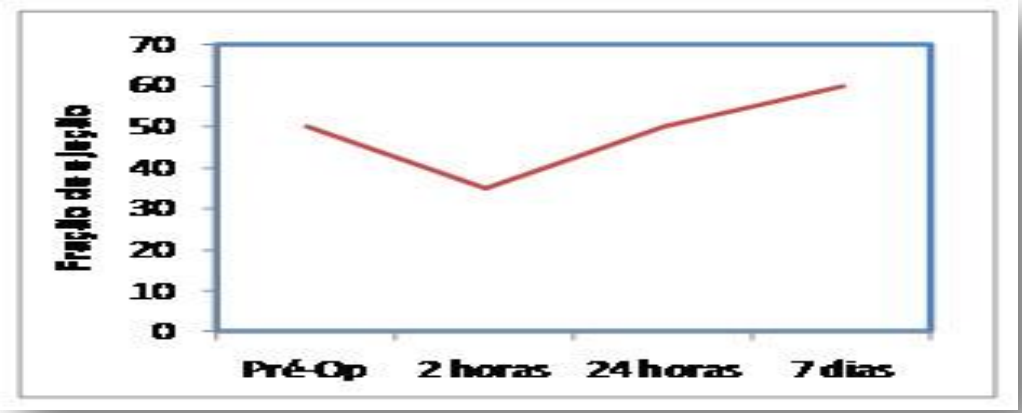
	Leucocitose
	Hiperglicemia
	Hipercortisolismo
	Acidose metabólica
	Hipo/Hipercalemia
	Hipocalcemia
	Hipofosfatemia
	Redução do nível sérico de folato e homocisteína

TRATAMENTO

Quadro 10.1 Protocolo de tratamento da alveolite

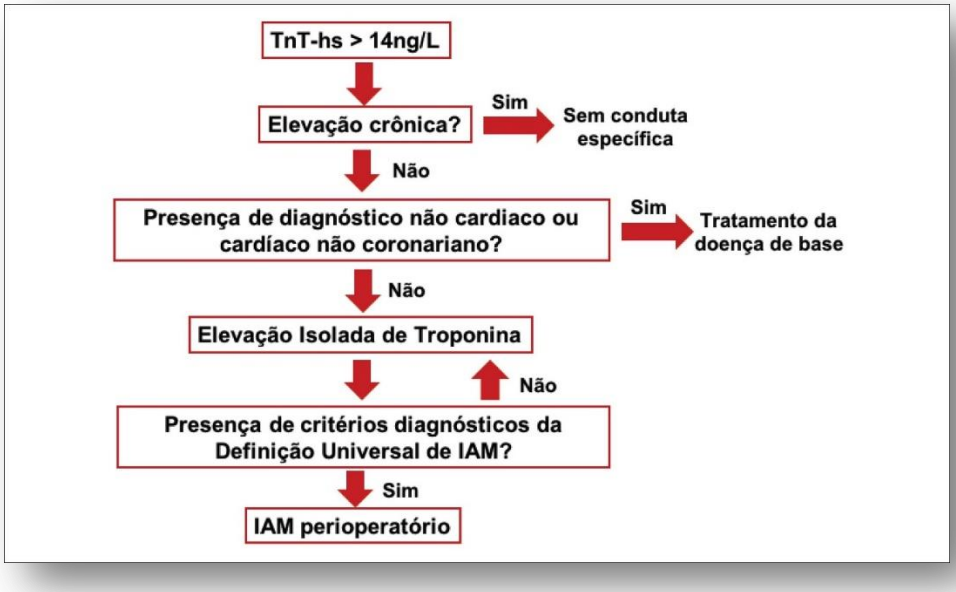
1. Anestesia local por meio de bloqueio regional, evitando-se infiltrar a solução anestésica ao redor do alvéolo dentário. A solução de bupivacaína 0,5% com epinefrina 1:200.000 é uma opção interessante para essa finalidade, por promover maior duração da anestesia dos tecidos moles (7 h, em média) e maior período sem dor após a intervenção clínica.
2. Irrigar o alvéolo abundantemente com solução fisiológica estéril.
3. Com uma cureta de Lucas, inspecionar cuidadosamente o alvéolo, removendo corpos estranhos que porventura não extravasaram após a irrigação.
4. Fazer nova irrigação com solução fisiológica e, em seguida, com uma solução de digluconato de clorexidina 0,12%.
5. Não usar sutura de qualquer tipo.
6. Orientar o paciente quanto aos cuidados pós-operatórios:
   - Alimentação fria, líquida ou pastosa, hiperproteica.
   - Evitar bochechos nas primeiras 24 h.
   - Lavar a boca cuidadosamente (sem bochechar) com uma solução de digluconato de clorexidina 0,12%, a cada 12 h, para evitar o acúmulo de placa dentária.
   - Evitar esforço físico e exposição prolongada ao sol, pelo período de 3 dias.
7. Prescrever dipirona (500 mg a 1 g) a cada 4 h, pelo período de 24 h.
8. Agendar consulta para reavaliação do quadro clínico, após 48 h, ou antes, caso a dor não tenha sido aliviada.
9. Acompanhar a evolução do quadro até a alta do paciente.

Figura 13.5.11-2 - Para pacientes com função ventricular pré-operatória normal (> 50%), este gráfico descreve a evolução da fração de ejeção nas primeiras 24 horas após cirurgia cardíaca.



Em casos refratários, pode-se aplicar uma pasta medicamentosa no interior do alvéolo, que apresenta a seguinte composição:

- Metronidazol 10% (ação antibacteriana);
- Lidocaína 2% (ação anestésica local);
- Essência de menta (aromatizante);
- Lanolina ou carboximetilcelulose (como veículo, para dar consistência à pasta e permitir sua aderência às paredes alveolares dentais).



13.5.12. Protocolo Reposição Volêmica

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	REPOSIÇÃO VOLEMICA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

A reposição volêmica no pós-operatório visa a manter adequada a oferta de oxigênio e a perfusão tecidual. Na realização da reposição volêmica, é importante reconhecer o compartimento depletado para que as perdas possam ser repostas com o fluido apropriado.

DIAGNÓSTICO

Causas de Depleção de Fluidos e Água Perioperatória

- Jejum pré-operatório;
- Transferência de líquidos do espaço intravascular para o interstício pela resposta inflamatória sistêmica e consequente aumento da permeabilidade vascular;
- Vômitos;
- Vasodilatação;
- SEPSE;
- Uso de circulação extracorpórea.

TRATAMENTO

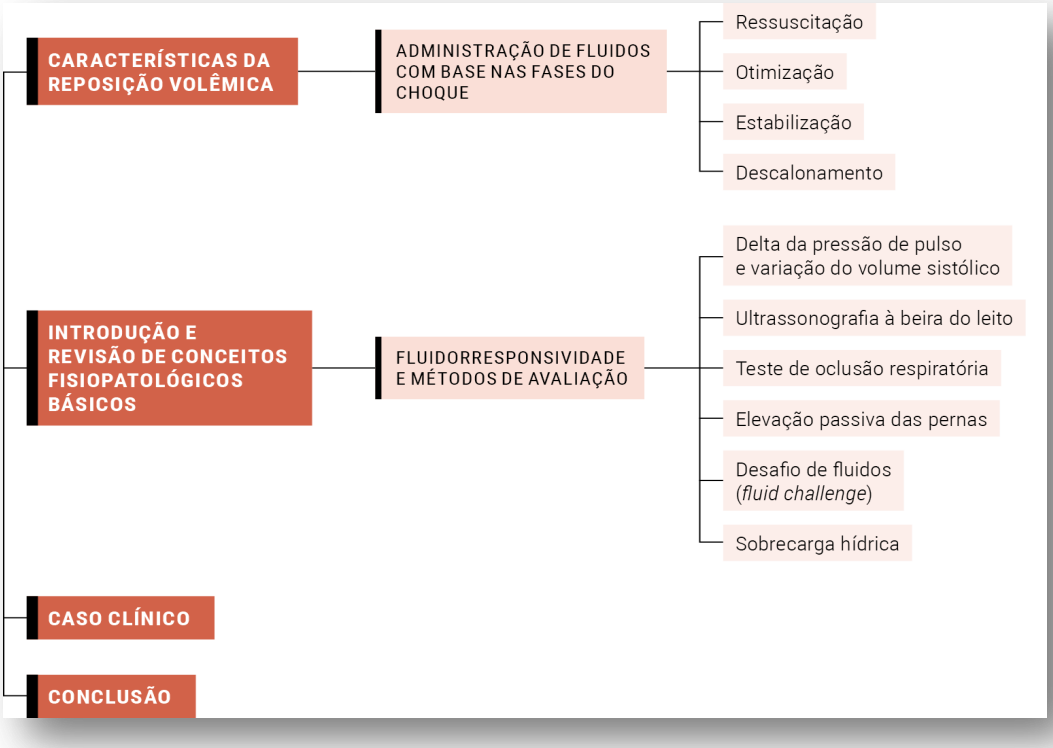
Os cristaloides devem ser os fluidos de primeira escolha para reposição volêmica; os coloides também podem ser utilizados, especialmente em pacientes anasarcados, hipoalbuminêmicos, com lesão pulmonar aguda ou que receberam mais de 3 litros de solução cristaloide. Deve-se ter cuidado com a administração de coloides à base de amido nos pacientes com insuficiência renal, coagulopatia e hipernatremia. Nunca utilizar plasma com o objetivo de reposição volêmica.

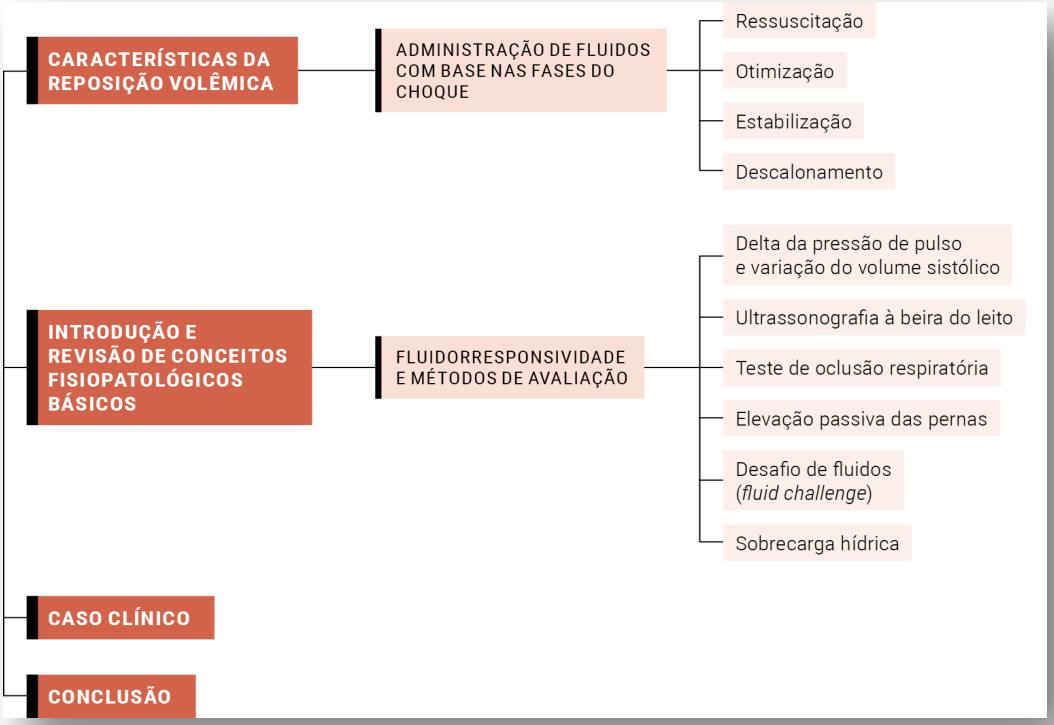
NOTA: Até o presente momento, os estudos não foram capazes de demonstrar superioridade de reposição volêmica com albumina em comparação à reposição volêmica com cristaloides.

Devem-se utilizar os parâmetros de macro e micro-hemodinâmica citados previamente, como guias para a adequada reposição volêmica. Além destes, alguns parâmetros clínicos são de grande relevância para o correto manejo da reposição volêmica, como a melhora do nível de consciência e da sede, a manutenção de valores de pressão arterial média > 65 mmHg, frequência cardíaca < 100 bpm e diurese > 0,5 ml/kg/h.

A reposição volêmica deve ser criteriosa para evitar complicações, tais como edema pulmonar, anasarca, hipernatremia e coagulopatia dilucional.

Figura 13.5.12-1 - Fluxo de Reposição Volêmica





13.5.13. Protocolo Disfunções Respiratórias

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	DISFUNÇÕES RESPIRATORIAS	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

A maioria dos pacientes é extubada entre 4 e 6 horas após o ato cirúrgico. Após a chegada na UTI, é fundamental avaliar a posição do tubo orotraqueal, fazer radiografia de tórax, gasometria arterial e um cuidadoso exame físico pulmonar.

DIAGNÓSTICO

Para programação de extubação, alguns critérios devem ser preenchidos:

- Estabilidade hemodinâmica;

- Ausência de sangramentos;
- Ausência de complicações neurológicas e adequado nível de consciência;
- Adequada troca gasosa.

Segundo estudos realizados em pacientes no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio, as principais complicações pulmonares são SARA/edema pulmonar (4,9%) e pneumonia (0,8%), excluídos os casos de atelectasia.

A presença dessas complicações está associada a maior tempo de ventilação mecânica e maiores taxas de mortalidade. O principal fator de risco é a disfunção ventricular pré-operatória, sendo mais importante do que a disfunção pulmonar.

Estudos observacionais sugerem que a cirurgia com circulação extracorpórea (CEC) está associada a maiores taxas de complicações (SARA/edema pulmonar) quando comparada à cirurgia sem CEC.

A explicação para este fato é multifatorial e inclui lesão endotelial pulmonar traumática, hipotermia, lesão de reperfusão na saída de CEC, cessação da ventilação durante a CEC e reações imunológicas secundárias ao uso da protamina e hemoderivados.

O manejo das disfunções pulmonares baseia-se no suporte ventilatório adequado, analgesia e fisioterapia respiratória.

Não existem evidências de superioridade entre ventilação mecânica controlada a volume ou pressão, optando-se por este último nos casos associados a pressões elevadas e complacência pulmonar reduzida.

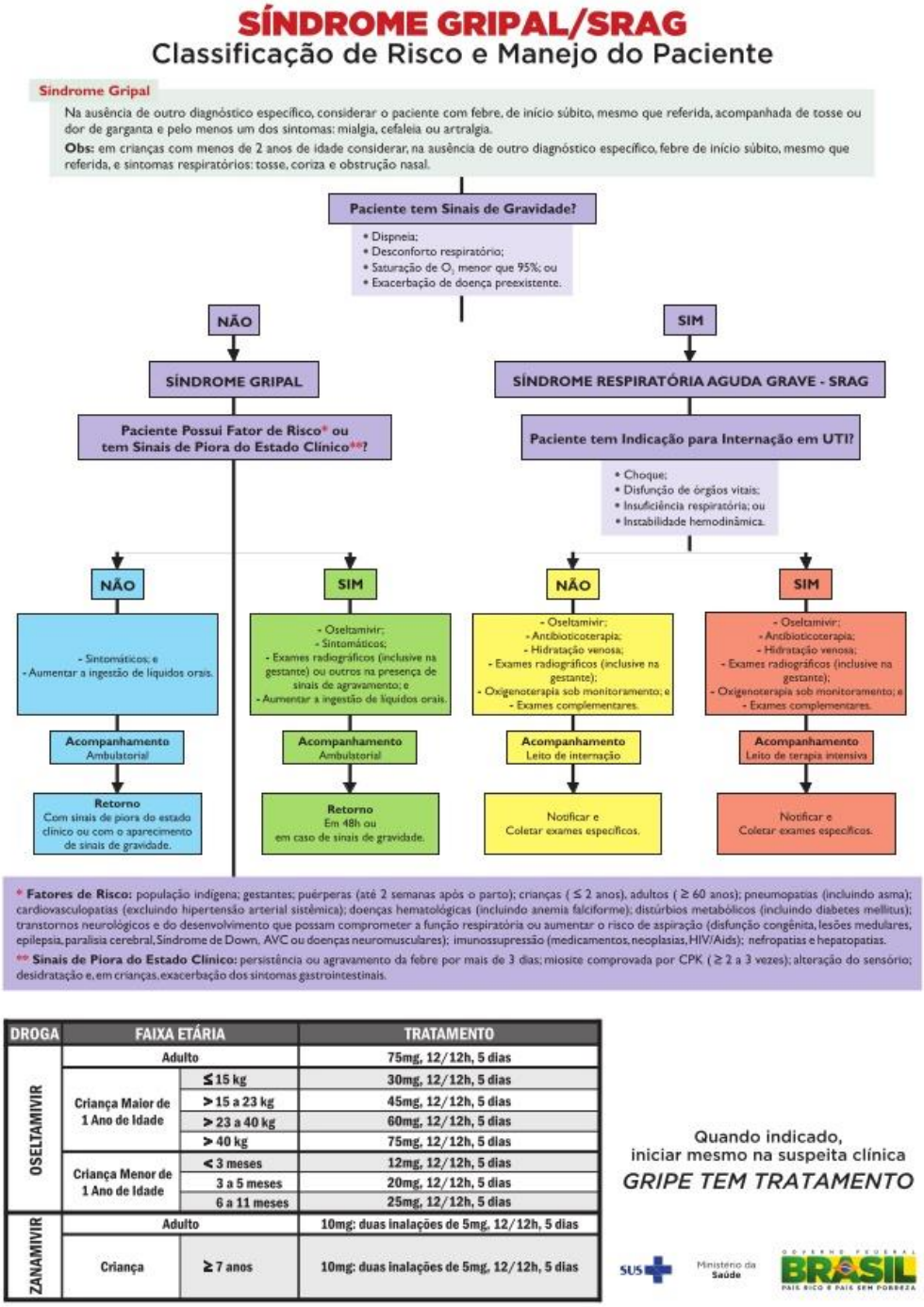
Os principais fatores preditores de ventilação mecânica prolongada (> 48 horas) são:

- Baixo débito cardíaco;
- Hipoalbuminemia;
- Sangramentos;
- Complicações neurológicas;
- Infecção de corrente sanguínea;
- Fibrilação atrial com instabilidade hemodinâmica;
- Complicações intra-abdominais;
- Obesidade;
- Tempo de circulação extracorpórea prolongado.

TRATAMENTO

- Encaminhamento para casa;
- Orientação de retorno para reavaliação se sinais de gravidade ou descompensação da doença de base;
- Orientar isolamento domiciliar: - adultos: 7 dias; - crianças: 14 dias.
- Iniciar antibioticoterapia ambulatorial (ver recomendações em anexo);
- Orientação de retorno para reavaliação se sinais de gravidade ou descompensação da doença de base;
- Orientar isolamento domiciliar: - adultos: 7 dias; - crianças: 14 dias.

Figura 13.5.13-1 - Fluxo De Gripe



13.5.14. Protocolo Disfunções Gastrintestinais

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	DISFUNÇÕES GASTRO INTESTINAIS PEDIATRICA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Morbidade abdominal ocorre em cerca de 0,2 a 5,5% dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, com uma taxa de mortalidade média de cerca de 33%, sendo responsáveis por aproximadamente 15% do total de óbitos dos pacientes de cirurgia cardíaca.

DIAGNÓSTICO

Tipos de Morbidade Abdominal

- Sangramento gastrointestinal – complicação mais comum;
- Isquemia mesentérica;
- Pancreatite;
- Colecistite;
- Íleo paralítico;
- Úlcera péptica perfurada;
- Insuficiência hepática;
- Isquemia intestinal;
- Infarto intestinal – complicação invariavelmente fatal em PO de cirurgia cardíaca.

Causas de Agressão aos Órgãos Abdominais durante Cirurgia Cardíaca:

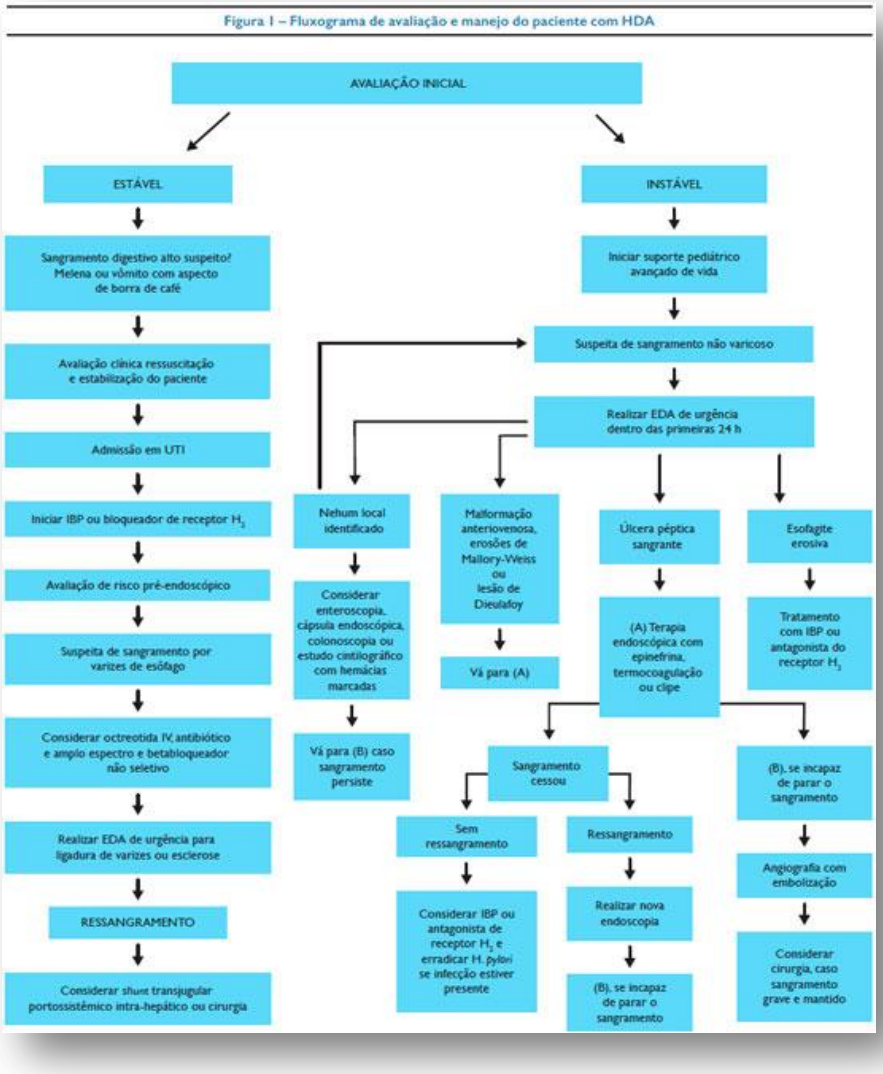
- Ateroembolismo
- Hipoperfusão causada por vasoconstricção durante circulação extracorpórea;
- Instabilidade hemodinâmica no perioperatório, levando à baixo fluxo sanguíneo e isquemia da mucosa;
- Liberação de mediadores inflamatórios durante a circulação extracorpórea, como os leucotrienos, fator de necrose tumoral e formação de plasmina, que levam a dano endotelial, das células da mucosa e da matriz extracelular.

Fatores de risco para ocorrência de complicações gastrointestinais

- Ventilação mecânica prolongada;
- Idade avançada;
- Fração de ejeção reduzida;
- Suporte inotrópico ou mecânico no perioperatório;
- Arritmias;
- Transfusões;
- Insuficiência renal;
- Reoperação;
- Cirurgia de emergência;

TRATAMENTO

O diagnóstico precoce das complicações abdominais pode ser difícil, especialmente da isquemia intestinal, que é sugerida por níveis bastante elevados de lactato, acidose metabólica persistente, leucocitose e íleo. Na suspeita clínica, deve-se utilizar precocemente os recursos complementares disponíveis para o diagnóstico e o tratamento dessa afecção, como a colonoscopia, o lavado peritoneal, o estudo angiográfico intervencionista com dilatação ou infusão de papaverina e/ou a intervenção cirúrgica. O correto e rápido emprego desses recursos podem ser medidas possíveis para garantia da sobrevida.



13.5.15. Protocolo Complicações Neurológicas

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COMPLICAÇÕES NEUROLOGICAS	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Acidente vascular cerebral é a mais grave e temida complicação neurológica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. O desenvolvimento de AVC no pós-operatório da cirurgia de

revascularização do miocárdio varia de 0,8 a 5% nos diferentes estudos. A maioria dos eventos ocorre nos primeiros dois dias após a cirurgia. É importante ressaltar que muitos desses eventos têm apresentação silenciosa, em decorrência de microembolização, contribuindo para a disfunção cognitiva em longo prazo.

DIAGNÓSTICO

Entre os principais fatores de risco, destacam-se:

- História de doença cerebrovascular;
- Doença arterial periférica;
- Diabetes;
- Hipertensão;
- Reoperação;
- Cirurgia de urgência;
- Circulação extracorpórea prolongada;
- Politransfusão;
- Idade > 70 anos;
- Doença ateromatosa em aorta ascendente;
- Manipulação da aorta ascendente;
- Fibrilação atrial pós-operatória;
- Valvas metálicas.

Também são transmitidos:

- ataque isquêmico transitório,
- hemorragia intracerebral ou subaracnoide, abscesso cerebral,
- meningite
- encefalopatia tóxica,
- embolias cirúrgicas clinicamente silenciosas ocorrem adicionais em 35-60% dos pacientes com EI.
- encefalopatia relacionada à sepse, definida por confusão aguda ou delírio, com vários níveis de consciência, também pode contribuir para as manifestações neurológicas de EI.

TRATAMENTO

O impacto das alterações neurológicas sobre a morbidade e a mortalidade dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca pode ser muito importante, já que essas alterações podem

levar a estado de coma, sequelas permanentes e até mesmo óbito. Complicações neurológicas são ocorrências comuns na endocardite infecciosa (EI), presentes em 15-30% dos pacientes. A apresentação clínica é variável e pode incluir vários sintomas ou sinais, embora os sinais focais sejam predominantes e os acidentes vasculares isquêmicos exibidos com mais frequência.

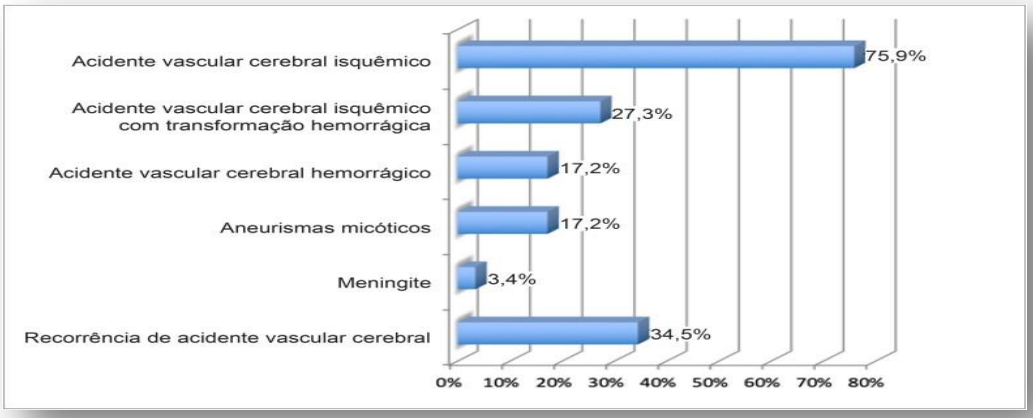
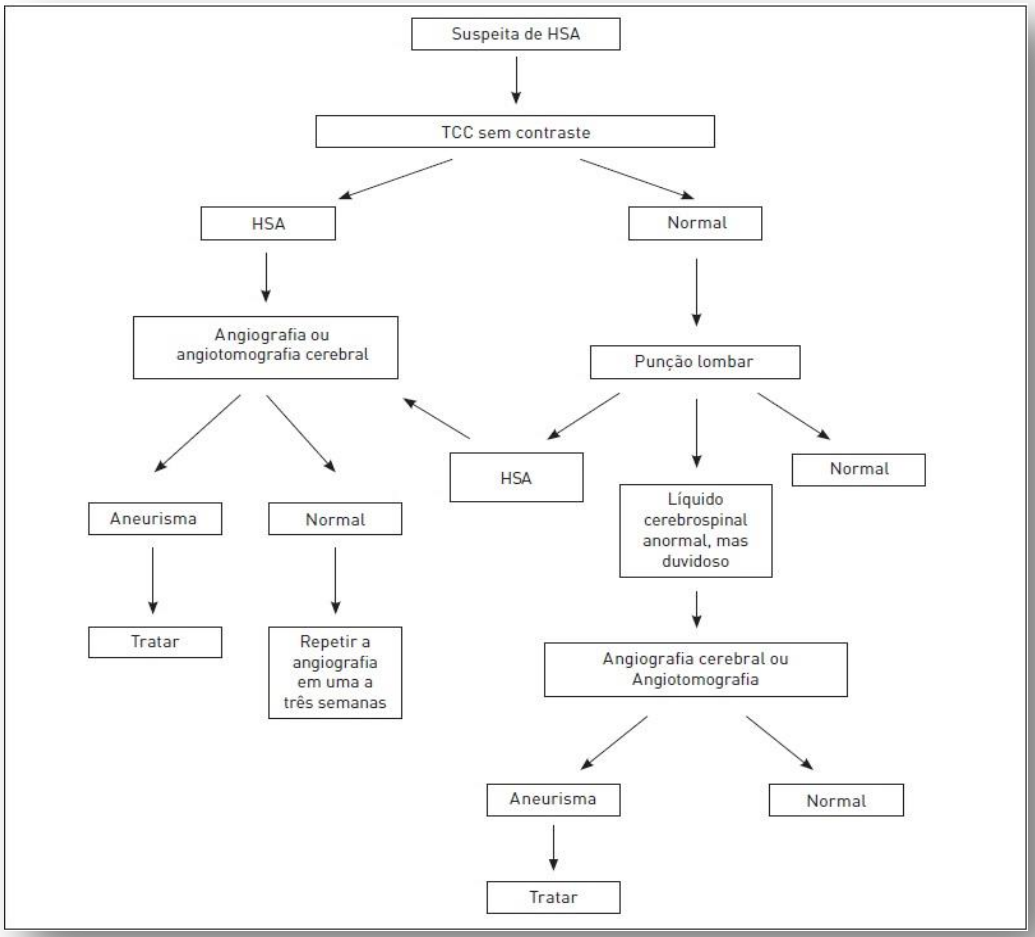


Figura 13.5.15-1 - Fluxo de Complicações Neurológicas



13.5.16. Protocolo de Complicações Neurológicas Pediátricas

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	DISFUNÇÕES NEUROLÓGICAS PEDIATRICA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVOS

Traumatismo cranioencefálico (TCE) na infância é causa comum de atendimento nas emergências pediátricas. O TCE é responsável por mais de 600.000 consultas por ano em

emergências pediátricas nos EUA[1] e a principal causa de morbimortalidade em crianças no mundo. No Reino Unido, estima-se uma taxa de mortalidade de 5,3 mortes a cada 100.000 crianças, chegando a 23% nos casos graves

DIAGNÓSTICO

Tabela I – Escala de coma de Glasgow para crianças maiores de 2 anos

Abertura ocular	Pontuação
Espontânea	4
Ao chamado	3
À dor	2
Nenhuma	1
Melhor resposta verbal	
Orientada	5
Confusa	4
Palavras inapropriadas	3
Sons incompreensíveis	2
Nenhuma	1
Melhor resposta motora	
Obedece aos comandos	6
Localiza estímulo doloroso	5
Retirada do membro à dor	4
Flexão anormal (decorticação)	3
Extensão anormal (descerebração)	2
Nenhuma	1

- História de doença cerebrovascular;
- Doença arterial periférica;
- Diabetes;
- Hipertensão;
- Reoperação;
- Cirurgia de urgência;
- Circulação extracorpórea prolongada;
- Politransfusão;
- Idade > 70 anos;
- Doença ateromatosa em aorta ascendente;

- Manipulação da aorta ascendente;
- Fibrilação atrial pós-operatória;
- Valvas metálicas.
- O impacto das alterações neurológicas sobre a morbidade e a mortalidade dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca pode ser muito importante, já que essas alterações podem levar a estado de coma, sequelas permanentes e até mesmo óbito.

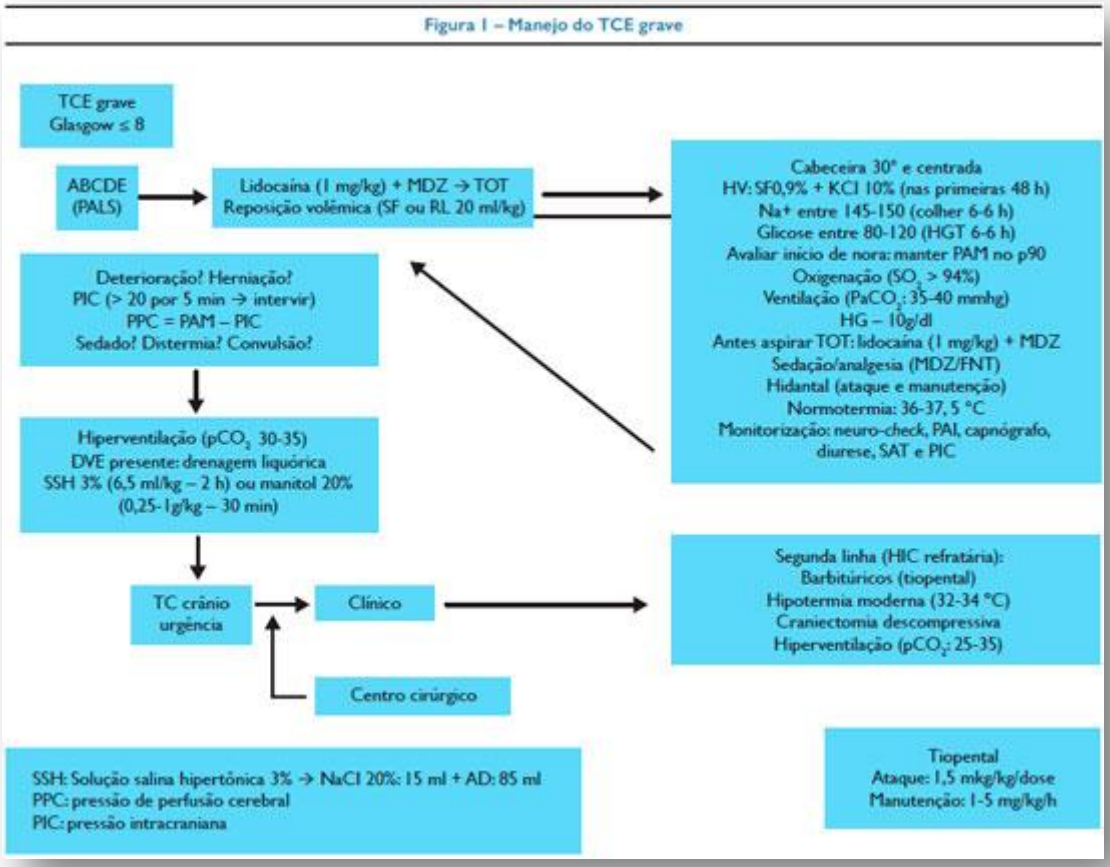
TRATAMENTO

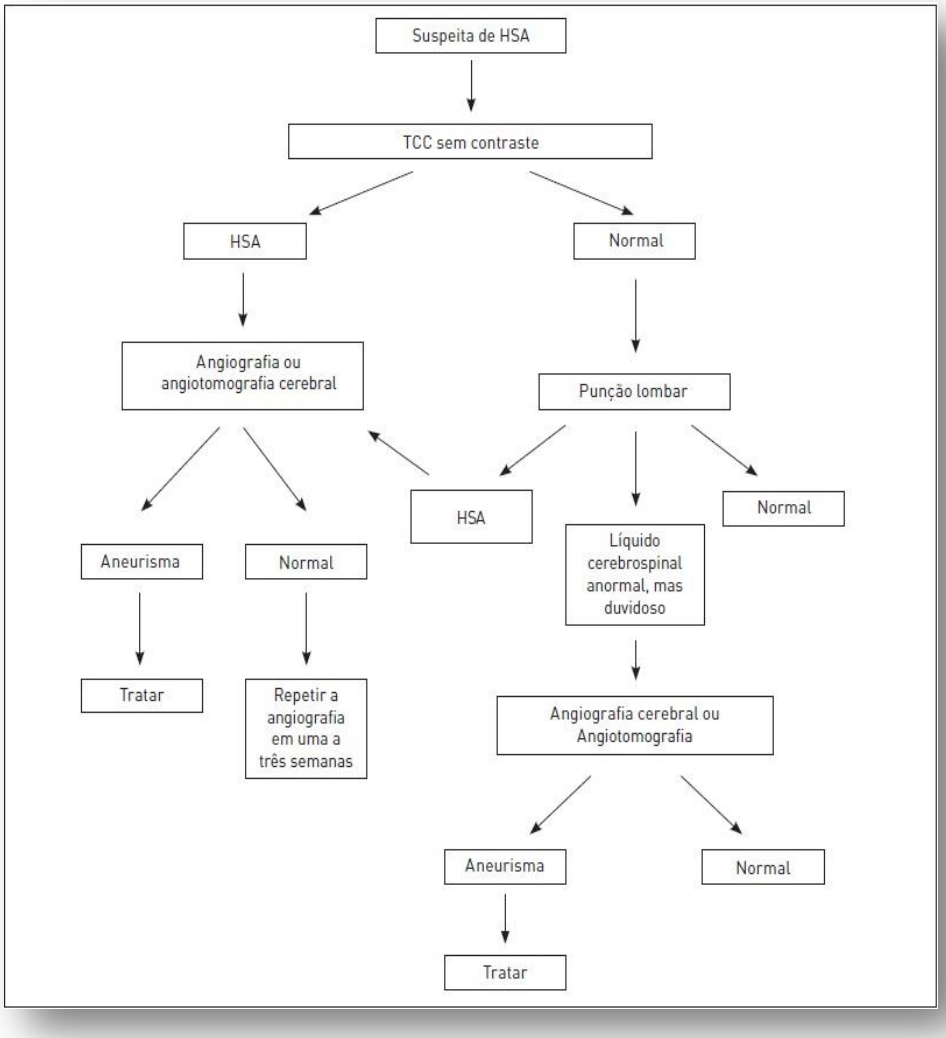
Todo paciente vítima de TCE deve ser avaliado em até 15 minutos da entrada na emergência. A avaliação consistirá na anamnese e no exame físico.

Avaliação Inicial

A presença de amnesia pós-trauma (impossível de avaliar no lactente e na criança jovem), perda da consciência, convulsões, cefaleia, vômitos, instabilidade postural, zumbidos, alteração de comportamento podem ser indicativos de lesão cerebral. A história deve ser objetiva e constar o ambiente e mecanismo do trauma, medicamentos em uso, patologias anteriores, ingestão de líquidos e alimentos recentemente e alergias (mnemônico ambiente e mecanismo do trauma, medicamentos, patologias pregressas, última refeição, alergia - AMPLA). O exame físico deve incluir o exame neurológico com avaliação do neuro-*check*, que consiste em exame pupilar, fotorreação, pontuação da escala de coma de Glasgow adequada para idade (Tabelas 1 e 2) e avaliação de sinais focais. Palpação da fontanela (se presente), sinais de fratura da base do crânio: hematoma retroauricular (sinal de Battle), hematoma periorbital (olhos de panda), hemotímpano, otorreia ou rinorreia de líquor (LCR), presença de fraturas ou hematomas também podem ser encontrados.

Figura- Fluxo de Complicações Neurológicas





13.5.17. Protocolo de Complicações Endócrinas

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ENDÓCRINAS PEDIATRICA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

A hiperglicemia é um fator de risco bem estabelecido para morbidade e mortalidade em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Ela provoca, direta ou indiretamente,

disfunção endotelial, aumento da trombogênese, prejuízo na cicatrização, distúrbios hidroeletrolíticos, depressão do sistema imune, além de interferência negativa em outros sistemas como pulmonar, neurológico e renal.

O controle glicêmico estrito pode, além de diminuir as taxas de mortalidade, diminuir as taxas pós-operatórias de infecção, principalmente mediastinite. Esse efeito benéfico pode ser visto tanto em pacientes diabéticos, como em não diabéticos que apresentem níveis glicêmicos alterados no pós-operatório. Esse controle também está associado à presença de uma melhor função contrátil do miocárdio, com menor necessidade de uso de drogas inotrópicas no pós-operatório e a menores níveis de lactato.

Entretanto, a ocorrência de episódios de hipoglicemia, comuns aos diversos protocolos de controle glicêmico disponíveis, além dos efeitos colaterais do uso de altas doses de insulina, podem contrabalancear os efeitos positivos dessa terapêutica, devendo ser prevenidos. O nível ótimo de glicemia a ser atingido ainda não é estabelecido. A Tabela mostra protocolo de controle glicêmico da UTI pós-operatória

Quadro 13-24 - Nomograma para controle glicêmico no intra e no pós-operatório – Tratamento instituído após primeira glicemia

Glicemia (mg/dL)	Bolus (UI)	Infusão (UI/h)
50 a 110	0	0
111 a 130	0	0,5
131 a 150	0	1
151 a 200	0	1,5
201 a 250	2	2
251 a 300	3	3
301 a 350	4	4
351 ou mais	5	5

Quadro 13-25 - Ajuste de insulinoterapia conforme medidas glicêmicas subsequentes

Glicemia (mg/dL)	Medida a ser adotada
Menor que 50	Parar infusão e fazer G 50% 20 mL
50 a 70	Parar a infusão
71 a 80	Reduzir a infusão à metade
81 a 110	Manter velocidade de infusão
111 a 130	? 0,5 UI/h
131 a 150	? 1 UI/h
151 a 200	? 1,5 UI/h
201 a 250	Novo bolus de 2 UI e ? 2 UI/h
251 a 300	Novo bolus de 3 UI e ? 3 UI/h
301 a 350	Novo bolus de 4 UI e ? 4 UI/h
351 ou mais	Novo bolus de 5 UI e ? 5 UI/h

Quando a glicemia for 111 mg/dL ou mais, porém, tiver apresentado queda de 20 mg/dL ou mais em relação à última medição, deve-se manter a velocidade de infusão.

Insuficiência Adrenal

- Complicação presente em até 0,1% dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e que pode ser exacerbada pela circulação extracorpórea. Pacientes usuários crônicos de corticoterapia devem receber reposição de dose de estresse para evitar crise adrenal; como a cirurgia cardíaca é considerada um estresse grave, deve-se repor hidrocortisona 50 mg IV a cada 6 horas.
- Em caso de suspeita clínica, a coleta de exames laboratoriais (teste do ACTH e coleta do cortisol) não deve retardar o início do tratamento, que deve ser imediato.

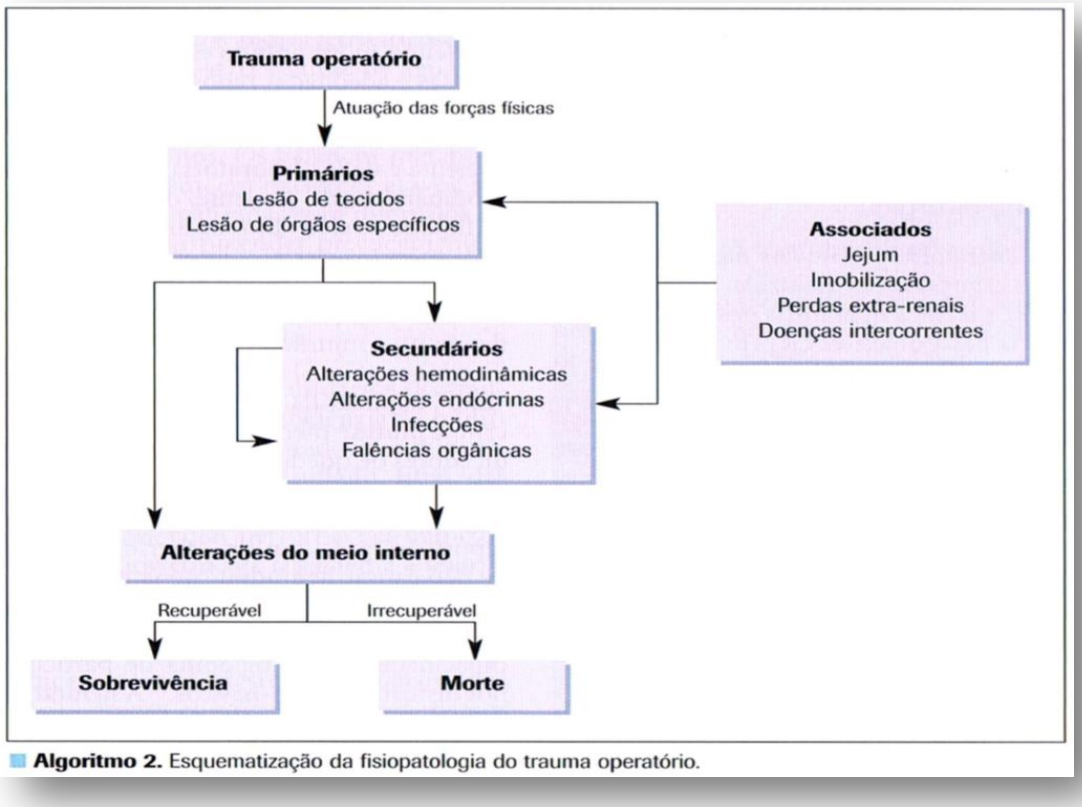
Disfunção Tireoidiana

- Os níveis séricos de T3 livre no pós-operatório de cirurgia cardíaca estão frequentemente reduzidos. A despeito de seus efeitos benéficos sobre o débito cardíaco e sobre a resistência vascular sistêmica, não há, na literatura, até o presente momento,

dados convincentes de que a reposição desse hormônio traga benefícios. Parece que a reposição de T3 no pós-operatório de pacientes com função tireoidiana normal no pré-operatório deva ser reservada para os casos de baixo débito refratário.

- Para pacientes que recebiam hormônio tireoidiano no pré-operatório, deve-se reiniciar sua reposição, o mais precocemente possível, no pós-operatório.

Figura 13.5.17-1 - Fluxo de Complicações Endócrinas



Algoritmo 2. Esquematização da fisiopatologia do trauma operatório.

13.5.18. Protocolo Disfunções Orgânicas no Pós Operatório

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	ALT. ORGÂNICAS POS OPERATORIAS	**/ /2023**	**/ /2023**

Baixo Débito

A manutenção do débito cardíaco adequado é a principal meta do manejo cardiovascular no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Não existe número adequado de débito cardíaco; o débito cardíaco adequado é aquele suficiente para atender às demandas metabólicas.

Baixo débito cardíaco pode ser definido como a incapacidade do coração em manter fluxo sanguíneo suficiente para atender à demanda metabólica tecidual. Pacientes com baixo débito cardíaco persistente apresentam risco aumentado de complicações/mortalidade pelo aumento do risco de parada cardiorrespiratória, sangramento gastrointestinal, coagulação intravascular disseminada, alterações neurológicas e falências orgânicas.

A função miocárdica geralmente diminui nas primeiras horas após a cirurgia cardíaca, principalmente pela ocorrência de lesões de isquemia e reperfusão, apresentando, na maioria dos casos, retorno às condições basais em um período que costuma variar de 24 a 48 horas. Por esse motivo, a utilização de inotrópicos e vasodilatadores costuma ser benéfica na otimização hemodinâmica, devendo ser mantidos no PO imediato, podendo ser retirados quando o débito cardíaco for adequado.

DIAGNÓSTICO

As metas para os parâmetros hemodinâmicos neste período são:

- IC > 2,5 L/min/m2;
- FC > 80 bpm;
- Pressão capilar pulmonar < 20 mmHg;
- Extremidades aquecidas, bem perfundidas e adequado volume urinário.

As manifestações clínicas comuns de baixo débito no PO de cirurgia cardíaca são:

- Hipotensão arterial (pressão sistólica < 90 mmhg ou queda de 30 mmhg ou mais com relação ao basal).

- Em algumas ocasiões, pode-se ter baixo débito sem hipotensão pelo aumento importante da resistência vascular sistêmica;
- Taquipneia e taquicardia;
- Alterações do nível de consciência;
- Diminuição da temperatura dos membros e palidez;
- Lentificação do enchimento capilar;
- Cianose;
- Livedo reticular;
- Oligúria (diurese < 20 ml/hora);
- Aumento da diferença arteriovenosa de oxigênio (CAV): > 5,5 ml/dl;
- IC < 2,2 L/min/ m2;
- Diminuição da saturação venosa central;
- Aumento do nível sérico de lactato;
- Acidose metabólica.

Em muitos casos, não é necessário o aparecimento de todas as manifestações citadas para o estabelecimento do diagnóstico de baixo débito. Os dados fornecidos pelo quadro clínico, pela monitoração hemodinâmica e pelos exames complementares, como o ecocardiograma, são fundamentais para o diagnóstico etiológico desta situação.

As principais etiologias do baixo débito cardíaco são:

Causas que reduzem a pré-carga ventricular esquerda: hipovolemia, vasodilatação, tamponamento cardíaco, ventilação mecânica com pressão positiva, disfunção do ventrículo direito por infarto ou hipertensão pulmonar, pneumotórax;

Redução da contratilidade miocárdica: baixa fração de ejeção prévia a cirurgia, isquemia ou infarto do miocárdio, revascularização miocárdica incompleta, hipóxia, hipercarbia, acidose;

Aumento da resistência vascular sistêmica: hipovolemia, disfunção diastólica após utilização de parada circulatória total, vasoconstrição;

TRATAMENTO

Taquicardias/Bradicardias.

O tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível e deve ser guiado pela etiologia e pelo perfil hemodinâmico do baixo débito.

Fármacos que melhoram a contratilidade miocárdica e que otimizam as resistências vasculares têm papel fundamental no manejo do baixo débito, em conjunto com a reposição volêmica. Por não serem medicações isentas de efeitos adversos, devem ter suas doses adequadamente tituladas.

Os parâmetros de macro e micro-hemodinâmica já citados previamente são, mais uma vez, os guias da terapêutica.

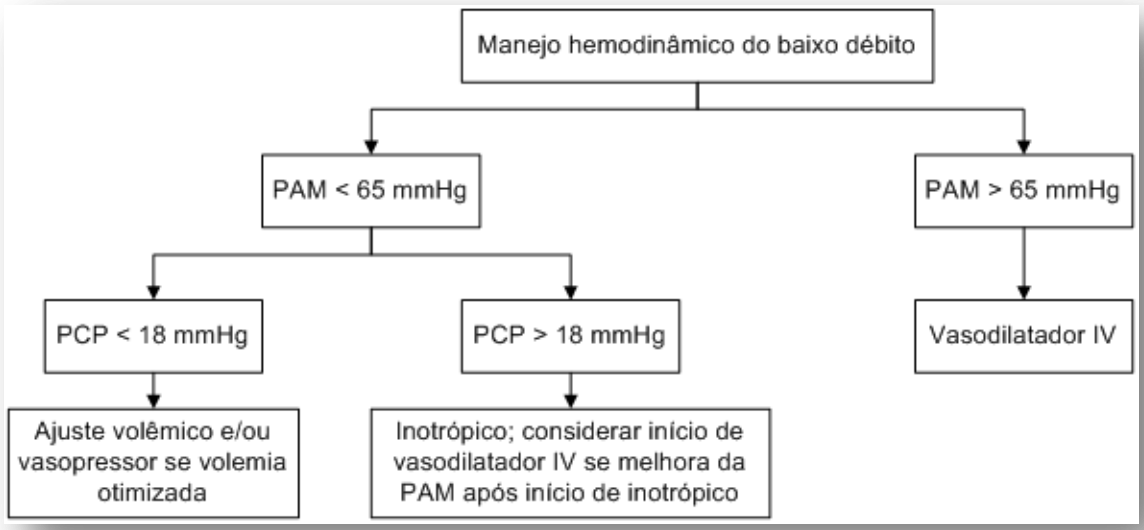
As medidas gerais para o tratamento são:

- Oxigenação e ventilação adequadas;
- Adequação da volemia;
- Suporte inotrópico e agentes vasodilatadores;
- Manutenção de níveis adequados de hemoglobina: hb entre 7,0 e 9,0 costuma ser bem tolerada no cardiopata estável e níveis em torno de 10,0 devem ser almejados para os pacientes com síndromes coronarianas agudas ou com insuficiência cardíaca descompensada;

Suporte mecânico nos casos refratários:

- Balão intra-aórtico (BIA): age pelo princípio da contrapulsação aórtica, aumentando a pressão de perfusão coronariana durante a diástole, diminuindo a pós-carga sistólica, favorecendo, desse modo, o equilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio, aumentando o débito cardíaco. Utilizado em pacientes com resposta clínica inadequada à otimização volêmica e terapia inotrópica/vasodilatadora. Além do contexto do baixo débito cardíaco pós-operatório, pode ser utilizado no perioperatório de pacientes com disfunção acentuada do VE, na presença de isquemia miocárdica, em arritmias ventriculares recorrentes, na presença de insuficiência mitral isquêmica e na comunicação ventricular pós-infarto;
- Dispositivos de assistência ventricular: seu uso pode ser considerado nos casos de baixo débito refratário ao tratamento farmacológico e uso de BIA. A assistência ventricular pode ser de ventrículo direito, esquerdo ou biventricular. Pode ser utilizado como ponte para transplante nos refratários;
- Oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO): seu uso é reservado para condições de baixo débito cardíaco refratário associado à função pulmonar inadequada. Seu sistema possui uma bomba centrífuga e um oxigenador de membrana. É mais eficaz em situações complicadas por hipertensão pulmonar, como nas cirurgias das cardiopatias congênitas.

Figura 13.5.18-1 - Manejo do baixo débito cardíaco.



p

Quadro 13-26 - Agentes inotrópicos e vasoativos utilizados para tratamento de pacientes em baixo débito no PO de cirurgia cardíaca

Fármaco	Características
Dobutamina	É o inotrópico de escolha. Deve ser mantida nas primeiras 18 a 24 h da cirurgia. Dose: 3 a 20 mcg/kg/min
Norepinefrina	É o vasopressor de escolha. Deve ser iniciada se PAM < 70 mmHg à despeito de volemia otimizada. Dose habitual: 0,05 a 2 mcg/kg/min
Epinefrina	Droga alternativa ou que pode ser associada à norepinefrina no choque refratário. É o vasopressor de escolha na presença de choque associado a bradicardia e no PO de transplante cardíaco. Dose recomendada: 0,05 a 2 mcg/kg/min
Dopamina	É vasopressor e inotrópico, a depender da dose utilizada: 5 a 10 mcg/kg/min: função inotrópica (estímulo dos receptores

	beta-1 miocárdicos). 10 mcg/kg/min: função vasopressora (estímulo dos receptores alfa-adrenérgicos). Indicações: choque em paciente sem acesso central, baixo débito com ou sem bradicardia refratários à dobutamina
Vasopressina	Opção para pacientes com síndrome vasoplégica, choque séptico e parada cardíaca refratária. Efeito constritor mesmo na presença de hipóxia e acidose. Dose: 0,01 a 0,04 U/min
Levosimendam	Agente sensibilizador do cálcio. Pode ser utilizado em pacientes com IC prévia que utilizam betabloqueador. Não deve ser utilizado em pacientes hipotensos. Pouco estudado no PO de cirurgia.
Milrinona	Promove aumento da contratilidade (inotropismo), vasodilatação periférica, queda da resistência pulmonar e discreta diminuição da pressão arterial média. Apresenta efeito positivo no inotropismo do VD. Pode ser utilizado em substituição ou em associação à dobutamina nos pacientes com IC grave. Habitualmente não se utiliza dose de ataque no PO de cirurgia cardíaca. Dose: 0,37 a 0,75 mcg/kg/min
Nitroglicerina	É um fármaco predominantemente venodilatador, porém, em altas doses, pode reduzir a pós-carga pela diminuição da pressão de enchimento ventricular por reduzir o retorno venoso. Vasodilatador de escolha no PO de revascularização miocárdica. Dose inicial: 0,25 mcg/kg/min, titulada de acordo com PAM
Nitroprussiato de sódio	Vasodilatador de escolha no PO de cirurgia valvar e de aorta. Pode ser utilizado em qualquer situação em que seja necessária a redução da pré e pós-carga. Dose inicial: 0,25 mcg/kg/min. Evitar utilizar doses > 5 mcg/kg/min pela possibilidade de intoxicação por cianeto e tiocianato
Óxido nítrico	Vasodilatador pulmonar seletivo com ação desprezível na resistência vascular sistêmica. Pode ser utilizado em casos de hipertensão pulmonar com disfunção do ventrículo direito. Evitar

	utilizar em pacientes com disfunção grave de VE. Dose: 10 a 20 ppm por via inalatória.

PAM: pressão arterial média; PCP: pressão capilar pulmonar; IV: intravenoso.

Hipertensão

Definida como pressão arterial média (PAM) acima de 105 mmHg, ou um aumento acima de 20 mmHg acima do basal, ou pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg.

É especialmente comum e grave em cirurgias valvares, principalmente após correção de estenose aórtica. Costuma aparecer precocemente no PO (entre 1 e 2 horas) e ocorre mais comumente em pacientes com história prévia de HAS, uso pré-operatório de betabloqueador e função ventricular normal antes da cirurgia.

Confere maior morbidade e mortalidade ao paciente.

Possíveis complicações decorrentes da hipertensão

- Ruptura de anastomoses arteriais;
- Sangramento mediastinal;
- Isquemia miocárdica pela pós-carga excessiva;
- AVC;
- Perda da integridade dos enxertos de veia safena e da artéria torácica interna (mamária);
- Aumento do risco de sangramento;
- Dissecção de aorta;
- Maior tempo de ventilação mecânica e de permanência em UTI.

A monitoração hemodinâmica costuma revelar débito cardíaco normal ou discretamente diminuído, além de elevação significativa da resistência vascular sistêmica.

Para o tratamento, são utilizados vasodilatadores IV, preferencialmente o nitroprussiato. Deve-se atentar para a possibilidade de redução excessiva da PA diastólica, o que pode acarretar diminuição da pressão de perfusão coronariana com consequente isquemia miocárdica. Por esse motivo, nitroglicerina IV deve ser o agente de escolha para o PO de revascularização miocárdica.

Hipertensão pós-operatória também pode ser encontrada em estados cardiovasculares hiperdinâmicos, com taquicardia sinusal, débito cardíaco normal ou elevado e resistência

vascular sistêmica normal ou elevada. Nesses casos, pode-se utilizar betabloqueadores IV, como o metoprolol.

Deve-se evitar o início de anti-hipertensivos orais nas primeiras 24 horas do PO de cirurgia cardíaca, objetivando a titulação de doses mais adequadas das medicações IV.

Isquemia Miocárdica

Lesão isquêmica miocárdica perioperatória é uma complicação da cirurgia cardíaca que pode ocorrer entre 3 e 30% dos casos. Os eventos agudos são causados primariamente por limitações à proteção miocárdica durante o procedimento cirúrgico.

A ocorrência desse evento está relacionada ao aumento da mortalidade, e suas principais causas incluem alguns dos fatores de risco. como revascularização incompleta, hipotensão e hipertensão arterial e taquicardia, além de espasmo coronariano, trombose distal ou do próprio enxerto, anemia e problemas técnicos. Isquemia miocárdica que ocorre no período de dias a semanas após o procedimento, geralmente se deve a oclusão do enxerto.

Quadro 13-27 - Fatores de risco para isquemia perioperatória

Pré-operatórios	Angina instável ou infarto recente, lesão de tronco de coronária esquerda, idade avançada, diabetes, disfunção ventricular esquerda, aumento da pressão diastólica final do VE e reoperação
Intraoperatórios	Tempo de circulação extracorpórea prolongada, endarterectomia coronariana, revascularização incompleta, instabilidade hemodinâmica, taquicardia e fibrilação ventricular na reperfusão
Pós-operatórios	Hipertensão arterial, hipotensão arterial e taquicardia

Como, no pós-operatório, a maioria dos pacientes encontra-se sob efeitos de anestésicos, analgésicos e sedativos, a presença de dor torácica não deve servir de base para suspeição de isquemia miocárdica. A busca dessa complicação deve sempre fazer parte do diagnóstico diferencial de pacientes que evoluem com instabilidade hemodinâmica no PO.

Exames complementares para auxílio diagnóstico

Eletrocardiograma (ECG): o ECG obtido imediatamente após a chegada do paciente na UTI deve ser comparado com o prévio. Em pacientes submetidos à revascularização miocárdica, o

surgimento de alterações no segmento ST-T é comum e não necessariamente diagnóstico de isquemia miocárdica. Entretanto, o surgimento de novas ondas Q patológicas tem alto valor na suspeição de isquemia miocárdica. Aparecimento de bloqueios de ramo direito ou esquerdo novos também devem suscitar essa possibilidade diagnóstica;

Marcadores de necrose: qualquer elevação dos marcadores de necrose reflete necrose miocárdica e o grau de elevação guarda relação com o prognóstico. O padrão de comportamento dos marcadores pode sugerir isquemia quando, ao invés de apresentar rápida queda de seus valores nas horas que se seguem à cirurgia, continuam a elevar-se. Para o diagnóstico de infarto pós-operatório, a elevação de marcadores de necrose, isoladamente, não é suficiente. A presença de valores 5 vezes acima do percentil 99 do limite superior de referência do marcador deve estar associado à pelo menos um dos seguintes, nas primeiras 72 horas, para o diagnóstico de infarto (tipo 5): surgimento de novas ondas Q patológicas e/ou novo BRE e/ou perda de miocárdio viável (contratilidade segmentar) em exame de imagem e/ou documentação angiográfica de oclusão arterial nativa ou do enxerto;

Ecocardiograma: a presença de alterações de contratilidade segmentar do miocárdio é um dos critérios para o diagnóstico de isquemia perioperatória.

Tratamento

- Garantir oxigenação adequada; saturação arterial de oxigênio > 95% e níveis de hemoglobina > 9 a 10;
- Adequar a volemia do paciente;
- Iniciar nitroglicerina IV imediatamente e titular dose conforme parâmetros hemodinâmicos;
- manter PAM entre 70 e 90 mmHg; pode ser necessário associar com nitroprussiato para atingir essa meta.
- O nitroprussiato também pode ser necessário em condições de baixo débito associado a resistência vascular sistêmica elevada;
- Betabloqueadores podem ser utilizados cautelosamente em pacientes que não estejam dependentes de aminas vasoativas, em baixo débito e nem hipovolêmicos. Utilizar naqueles que se encontram hipertensos e taquicárdicos;
- Após início de infusão de nitroglicerina, deve-se sempre obter um novo ECG. Caso o ECG tenha normalizado, manter a nitroglicerina por mais 24 horas; caso a alteração eletrocardiográfica persista e o paciente se encontre hemodinamicamente instável, discutir com a equipe cirúrgica a indicação de coronariografia de emergência para

diagnóstico e provável intervenção terapêutica, mantendo-se a utilização das drogas inotrópicas, vasodilatadoras e balão intra-aórtico, se necessário.

- Em casos de estabilidade hemodinâmica, considerar o início de inibidores da enzima conversora de angiotensina e estatinas, além de discutir com a equipe cirúrgica a indicação de coronariografia.

Vasoplegia

Caracteriza-se pela ocorrência de resposta inflamatória sistêmica secundária ao procedimento cirúrgico, geralmente aparente nas primeiras 12 horas do pós-operatório.

A gênese dessa complicação é multifatorial, envolvendo a ação de citocinas inflamatórias, a ativação do sistema complemento, a ativação leucocitária e o óxido nítrico.

O uso pré-operatório de doses elevadas de vasodilatadores, atualmente muito comum nos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, também tem sido implicado como possível fator causador dessa síndrome.

Deve-se atentar para o fato de que 30% dos casos de vasoplegia no pós-operatório devem-se à infecção, o que torna a instituição de tratamento precoce medida fundamental para evolução do quadro.

A ocorrência de vasoplegia predispõe, ainda, ao desenvolvimento de insuficiência renal e à síndrome do desconforto respiratório agudo.

Achados clínicos

Hipotensão, vasodilatação periférica, taquicardia, taquipneia, queda da resistência vascular sistêmica, oligúria, débito cardíaco normal ou elevado, febre e leucocitose.

Tratamento

O tratamento deve ser guiado por monitoração hemodinâmica invasiva, com utilização de cateter de artéria pulmonar e pressão arterial invasiva. Reposição volêmica, com cristaloides ou coloides (na presença de edema pulmonar ou periférico), é a primeira medida a ser tomada na vasoplegia, visando a PAM = 65 mmHg; se, após reposição volêmica adequada, não for atingido o nível de PAM desejado, instituir terapia vasopressora com noradrenalina.

Após 12 horas de circulação extracorpórea, persistindo a vasoplegia ou evidência indubitável de infecção, colher 2 pares de hemocultura com intervalo de 30 minutos entre as amostras,

urina I e urocultura. A introdução de antibióticos deve ser criteriosa e fundamentada em sinais clínicos e laboratoriais de infecção; nesse contexto, a presença de elevação dos níveis de procalcitonina pode ser indicativa de infecção.

Deve-se aguardar 24 horas após a suspensão de vasopressor e resolução aparente do quadro para introduzir vasodilatadores, se houver indicação.

Tamponamento Cardíaco

É caracterizado por elevação das pressões intracardíacas, limitação do enchimento diastólico, redução do volume sistólico e débito cardíaco. A taquicardia reflexa, secundária ao tamponamento, reduz o tempo de diástole, favorecendo a ocorrência de isquemia miocárdica. O achado clássico do tamponamento no PO é o aumento e a equalização das pressões de enchimento, vistas nas medidas do cateter de artéria pulmonar.

Catéter de artéria pulmonar no tamponamento: pressão atrial direita ˜ capilar pulmonar ˜ pressão atrial esquerda ˜ pressão diastólica ventricular.

Achados Clínicos

- Hipotensão;
- Estase de jugulares;
- Abafamento de bulhas;
- Baixo débito;
- Pulso paradoxal;
- Cessação ou redução abrupta da drenagem pericárdica;
- PCR em AESP;
- Alargamento mediastinal na radiografia de tórax;
- Redução da voltagem no ECG;

Achado de líquido pericárdico que causa restrição ao enchimento das câmaras no ecocardiograma.

Nem sempre todos os sinais e sintomas estão presentes para o diagnóstico de tamponamento cardíaco, inclusive o achado ecocardiográfico.

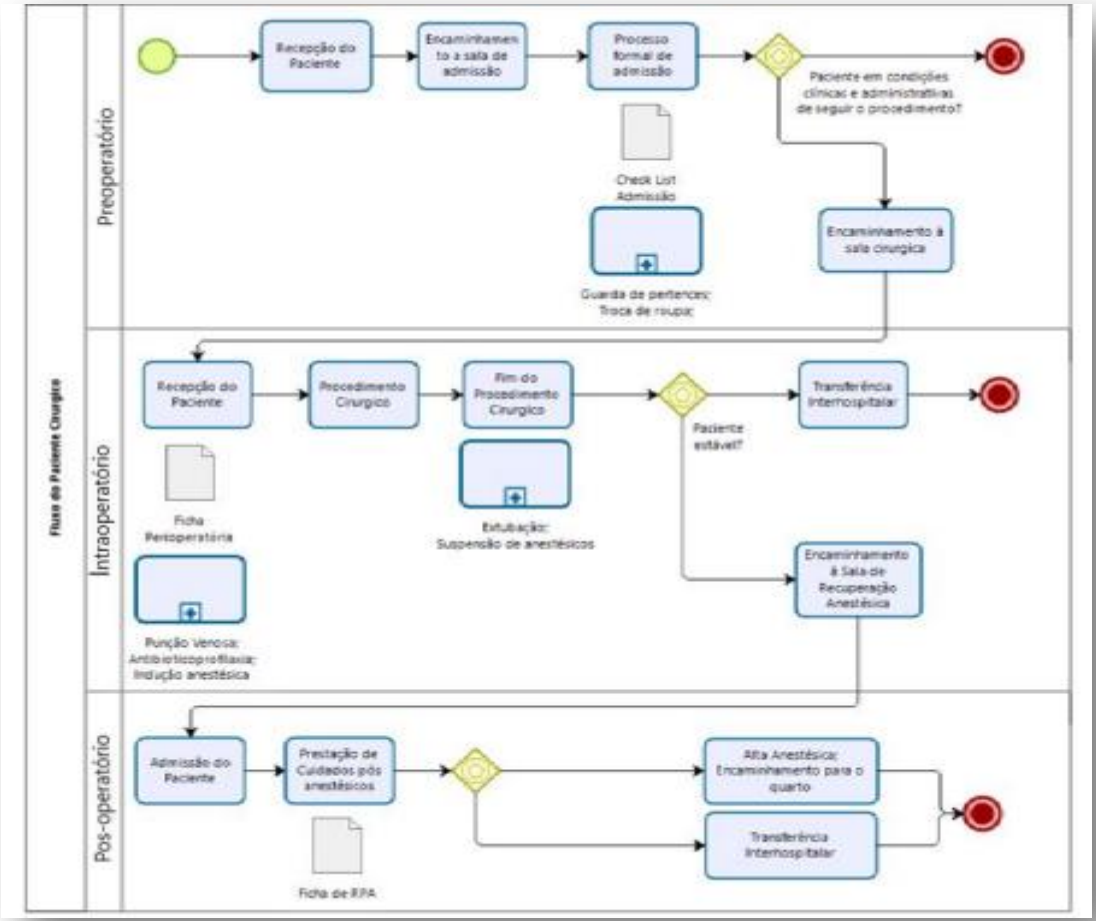
Na suspeição clínica dessa complicação, o tratamento deve ser rapidamente instituído, pois o sucesso deste depende da precocidade do diagnóstico. Portanto, a realização do

ecocardiograma não deve retardar a instituição do tratamento em casos de alta suspeição clínica.

A pericardiotomia cirúrgica com lavagem da cavidade, retirada de coágulos e drenagem, constitui o tratamento de escolha.

A pericardiocentese (punção de Marfan) deve ser realizada em situações emergenciais, como em caso de parada cardiorrespiratória, nas quais não é possível a abordagem cirúrgica.

Quadro 13-28 - Fluxo de Pós-operatório



13.5.19. Protocolo Distúrbios de Condução

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	DISTÚRBIOS DE CONDUÇÃO	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

Bloqueios atrioventriculares (BAV) podem ser causados por clearance incompleto da solução de cardioplegia, drogas antiarrítmicas ou secundários ao procedimento cirúrgico. Destes, o que mais comumente cursa com BAV é a troca de válvula aórtica e, nesse contexto, costumam ser temporários.

Quando causados por trauma ou manipulação cirúrgica na área do nó AV ou feixe de His, podem ser temporários, mas costumam durar vários dias. A transecção completa do nó AV, durante a cirurgia de troca de válvula aórtica, é uma complicação bem estabelecida e leva à BAV permanente.

DIAGNÓSTICO

Os principais fatores de risco para bloqueio atrioventricular permanente e potencial necessidade de implante de marca-passo permanente são os seguintes:

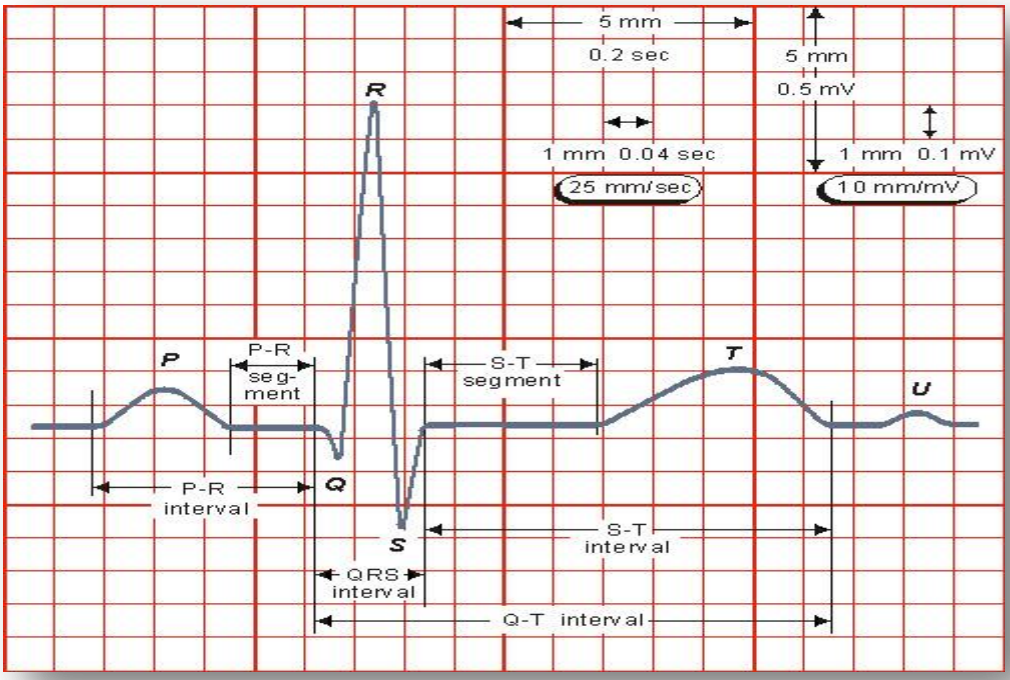
- Nó AV ou anel valvar aórtico com calcificação extensa;
- Aparecimento do BAV horas ou dias após a cirurgia;
- Defeito de condução significativo presente no pré-operatório.

TRATAMENTO

Suspensão de medicações que atuem negativamente na condução AV; a necessidade da utilização de marca-passo (MP) depende do mecanismo de escape e da adequação da FC.

Na ausência de calcificação excessiva, deve-se esperar pela recuperação dos BAV por até 10 a 14 dias antes do implante do marca-passo definitivo.

Quadro 13-29 - Distúrbios de condução



13.5.20. Protocolo Complicações Infecciosas no Pós-operatório Pediátrica

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	SANGRAMENTO POS COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS EM CURURGIA PEDIATRICA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO

O aparecimento de complicações infecciosas no pós-operatório de cirurgia cardíaca está associado a altas taxas de morbidade e mortalidade. Infecção profunda da ferida operatória é uma complicação séria e dispendiosa, com taxas de mortalidade que variam de 15 a 20%, a despeito de terapêutica apropriada.

A obesidade é o principal fator de risco para o surgimento de deiscência esternal, com ou sem infecção, e após qualquer tipo de cirurgia cardíaca. Diabetes, utilização das duas artérias

torácicas internas e a presença de insuficiência renal são outros fatores de risco comuns para o surgimento de infecção.

DIAGNÓSTICO

Tipos Comuns de Infecções no Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca

- Infecção da ferida operatória de retirada da veia safena;
- Arterite relacionada à cateterização arterial;
- Infecção da ferida esternal;
- Mediastinite.

Achados Clínicos/Laboratoriais

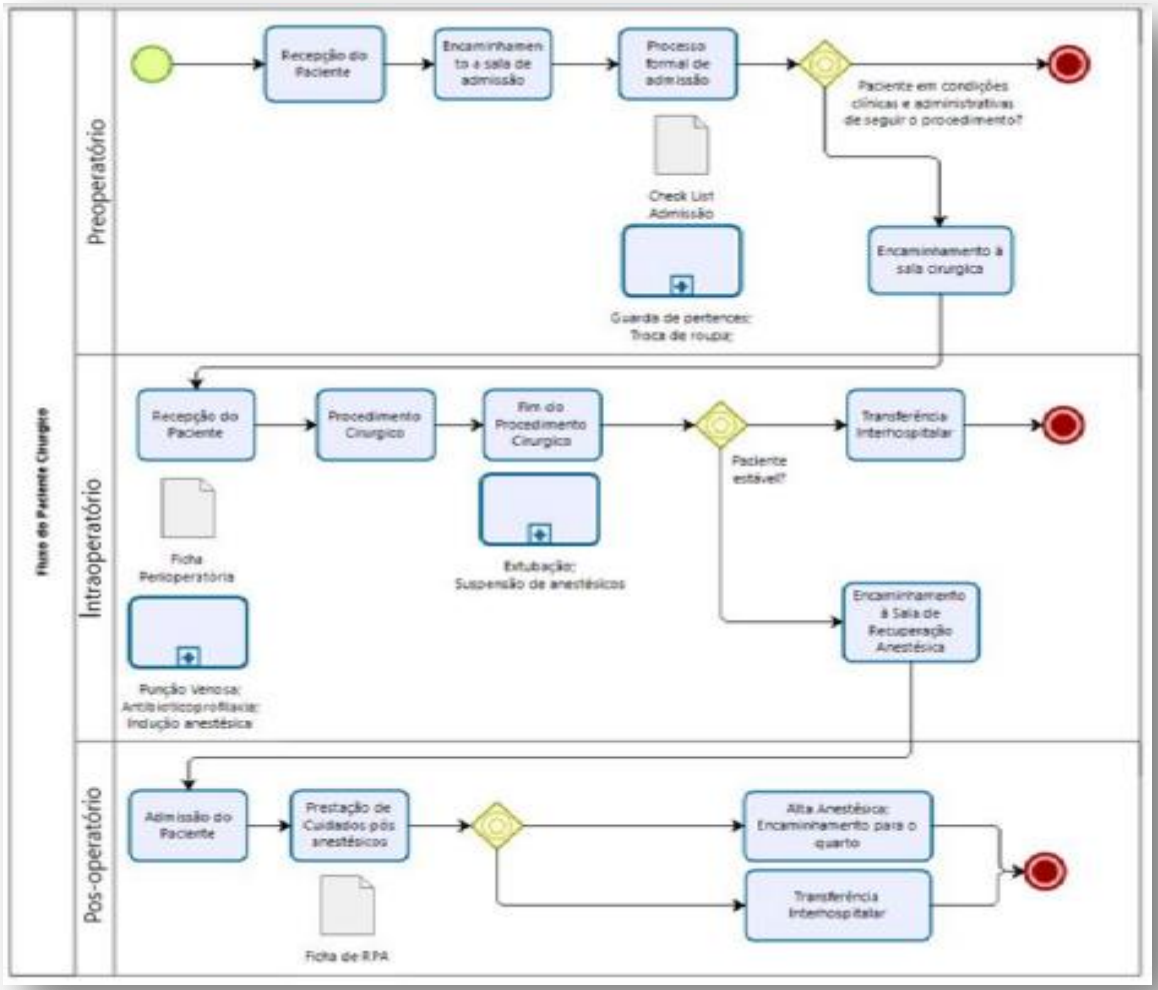
- Febre ou hipotermia;
- Hiperemia e/ou calor e/ou rubor na ferida;
- Drenagem de secreção pela ferida;
- Deiscência;
- Taquicardia/taquipneia;
- Instabilidade esternal;
- Leucocitose/leucopenia;
- Presença de coleções em exames de imagem.

TRATAMENTO

A suspeita de presença de complicações infecciosas deve levar à rápida instituição de terapêutica apropriada. Culturas, tanto de material da ferida quanto sanguíneas, devem sempre ser colhidas.

Guiar antibioticoterapia conforme resultado de culturas sempre que possível, ou de acordo com o perfil de organismos patogênicos da instituição, quando não for possível o isolamento do agente causador. Frequentemente, é necessário associar terapêutica cirúrgica (drenagem, desbridamento, ressecção esternal e/ou outros) para o adequado tratamento dessa grave intercorrência pós-operatória.

Figura 13.5.20-1 - Fluxo de infecções Pós Operatório pediatrico



13.5.21. Protocolo Colecistite Aguda

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	COLECISTITE AGUDA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

Dor em andar superior do abdome podendo estar associado a febre, leucocitose e/ou proteína C reativa >10mg/l. em 90% dos casos a causa da colecistite aguda é a litíase. O exame

diagnóstico de eleição é o ultrassom abdominal, e em casos de dúvida a tomografia ou a cintilografia podem ajudar. O tratamento definitivo da colecistite aguda é a colecistectômica. A antibioticoterapia deve ser direcionada para germes *gram negativos* e germes anaeróbios nos idosos e na colecistite alitiásica.

Doentes portadores de coledocolitiase assintomática, tais como:

• Pacientes imunossuprimidos;

• Portadores de vesícula em porcelana;

• Pacientes com antecedentes familiares de neoplasia do trato digestivo;

• Pacientes com doença hemolítica crônica;

• Moradores em localidades muito distantes de atendimento médico;

• Pacientes muito jovens;

• Portadores de cálculos muito grandes (> 2,5 cm) ou muito pequenos (< 0,5 cm);

• Pacientes que serão submetidos a algum procedimento cirúrgico no abdome

DIAGNÓSTICO:

Coledocolitiase assintomática

• Achado casual de coledocolitiase em exame de imagem do abdômen.

• Ausência de dor biliar típica (ver descrição adiante).

• Ausência de sinais e sintomas de complicação.

Diagnostico:

A) Paciente sadio, sem comorbidades (ASA -1), idade < 50 anos

• Nenhum exame complementar Protocolo Clínico e de Regulação para Litíase Biliar e suas Complicações 809 66

B) Paciente sadio, sem comorbidades (ASA -1), idade > 50 anos

• Eletrocardiograma

• Hemograma completo

C) Paciente hipertenso

• Eletrocardiograma

• Creatinina

D) Paciente diabético

• Eletrocardiograma

• Glicemia de jejum

• Creatinina

E) Paciente com suspeita de distúrbio de coagulação ou uso de medicação anticoagulante, incluindo aspirina

• Testes de coagulação (razão normalizada internacional/tempo de protrombina [INR/TP], tempo parcial de tromboplastina ativada [TTPA])

• Hemograma completo F) Paciente com suspeita de doença cardiovascular ou diagnóstico de cardiopatia prévia

• Eletrocardiograma

• Teste de esforço

• Risco cardiológico pré-operatório

G) Paciente em uso de diuréticos

• Creatinina

• Sódio e potássio

H) Paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia recente, sintomas respiratórios recentes

• Radiografi a de tórax (incidências posteroanterior [PA] e perfi l)

Diagnóstico diferencial

Toda dor abdominal merece atenção, mas o médico deve ser cauteloso ao atribuir à coledocolitiase as queixas abdominais. Há diversas causas de dor abdominal, desde alterações funcionais simples a até muito frequentes, bem como doenças mais graves. Os sinais e sintomas de alerta como natureza, localização, intensidade, frequência e fatores de melhora ou piora da dor, perda de peso, sangramento nas fezes, anemia, disfagia, antecedentes de neoplasia, entre outros, podem nortear a investigação diagnóstica e a conduta.

TRATAMENTO:

O paciente portador de coledocolitiase assintomática pode ser acompanhado clinicamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) desde que muito bem orientado quanto a possíveis sintomas e complicações e quanto à necessidade de procurar assistência médica nesses casos.

Aos pacientes imunossuprimidos (transplantados, diabéticos), portadores de doença hemolítica, vesícula em porcelana (achado ultrassonográfi co), muito jovens, com pedras > 2,5 cm ou < 0,5 cm ou cálculos associados a pólipos ≥ 1 cm, ou com antecedentes familiares de neoplasia do trato digestivo, recomenda-se encaminhamento para serviço de cirurgia.

Protocolo de Encaminhamento de Pacientes com Coledocolitiase

A) Elegibilidade – São elegíveis para tratamento cirúrgico em regime ambulatorial os pacientes que:

- tiverem idade superior a 18 anos e inferior a 70 anos;
- classifi cação da American Society of Anesthesiologists (ASA) 1 ou 2 (Tabela 66-1);
- apresentarem o diagnóstico de coledocolitiase por meio de ultrassom de abdômen (obs.: devem ser levados o laudo e as fotografi as do exame no dia da consulta);
- não apresentaram sinais de complicação: pancreatite, colecistite aguda ou coledocolitíase;
- índice de massa corporal (IMC) < 35 kg/m2 e > 18 kg/m2 , sendo IMC = peso (kg)/altura(metros) × altura (metros);
- forem sintomáticos ou, nos casos assintomáticos, se forem jovens ou com alguma imunossupressão;
- não apresentarem critérios de exclusão;
- desejarem tratamento cirúrgico.

B) Critérios de Exclusão para cirurgia em regime ambulatorial:

- idade > 70 anos;
- icterícia em qualquer fase da doença;
- sinais clínicos ou ultrassonográfi cos de colecistite aguda;

• achado ultrassonográfi co de vesícula escleroatrófi ca (diminuída de tamanho) ou de vesícula com parede espessada;

• achado ultrassonográfi co de dilatação das vias biliares;

• quadro infeccioso vigente (pneumonia, infecção urinária ou outro);

• alteração dos valores de bilirrubinas e/ou fosfatase alcalina;

• tabagismo nos últimos 30 dias;

• não desejarem tratamento cirúrgico;

• não se enquadrarem nos critérios clinicossociais pré-operatórios para cirurgia ambulatorial (ver critérios clinicossociais de inclusão no programa de cirurgia). C) Exames pré-operatórios específi cos:

• Bilirrubinas, fosfatase alcalina, gama-glutamiltransferase (GGT).

• Ultrassom de abdome superior

Colecistite aguda

• A dor passa a ser mais intensa e duradoura (mais que 6 horas).

• A principal característica clínica é a defesa ao exame abdominal no hipocôndrio direito e/ou epigastro, tanto à palpação quanto à percussão. Caracteriza-se como um peritonismo localizado nessa região.

• Podem ou não estar presentes: febre, taquicardia.

• O hemograma, caso tenha sido realizado, pode evidenciar leucocitose

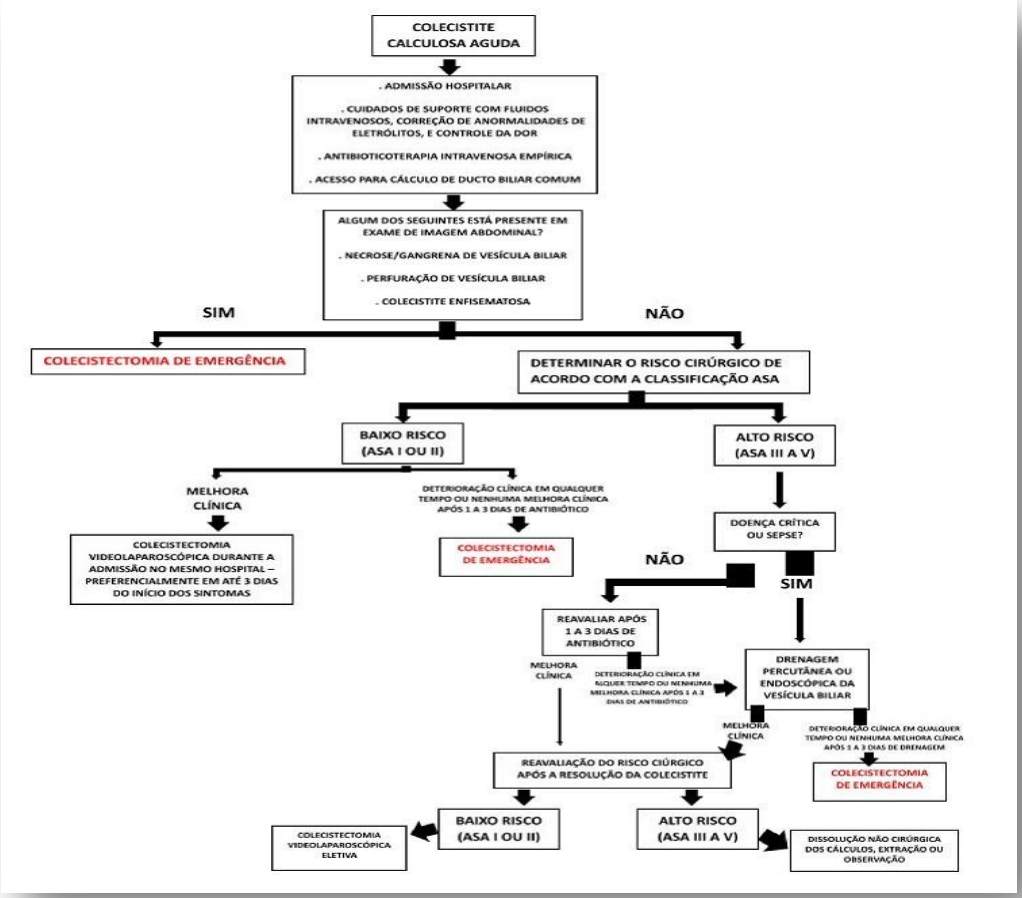
TRATAMENTO:

Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.

- Hidratação preferencialmente com lactato de RingerAnalgesia;

Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.

- Ligar para o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU)/192 para referenciar o paciente para hospital.



13.5.22. Protocolo Apendicite Aguda

SISTEMA DE QUALIDADE

TIPO	PROTOCOLO Nº XX	EMISSÃO	REVISÃO
	APENDICITE AGUDA	**/ /2023**	**/ /2023**

OBJETIVO:

O paciente apresenta dor abdominal periumbilical (pela obstrução da luz apendicular e distensão da sua parede), irradiada para fossa ilíaca direita (pela inflamação e infecção do apêndice) geralmente associada a náuseas e vômitos, inapetência e febre baixa. Este processo pode evoluir em poucas horas ou até um dia.

DIAGNÓSTICO:

Ao exame físico

Podemos encontrar sinais como Blumberg (dor a descompressão brusca no ponto de McBurney), Rovsing (dor referida na fossa ilíaca direita após descompressão do hemiabdome esquerdo, levando a distensão do ceco). Formas atípicas podem ocorrer, sendo associadas a alterações anatômicas do apêndice (retrocecais, pélvicos, retrovesicais) e em pacientes imunossuprimidos como gestantes e idosos. Nestes casos as evoluções podem ser desastrosas com peritonites fecais, abscessos intracavitários e sepse.

Exame complementar:

A ultrassonografia abdominal possui sensibilidade de 75 a 90% e especificidade de 86 a 100%. A tomografia abdominal tem sensibilidade de 90 a 100% e especificidade de 91 a 99%. Nos casos típicos os exames de imagem não acrescentam muito, porém nos casos duvidosos podem auxiliar no diagnóstico.

TRATAMENTO:

Em média, a cirurgia demora em torno de 30 à 60 minutos, sob anestesia geral, e pode ser feita de duas formas:

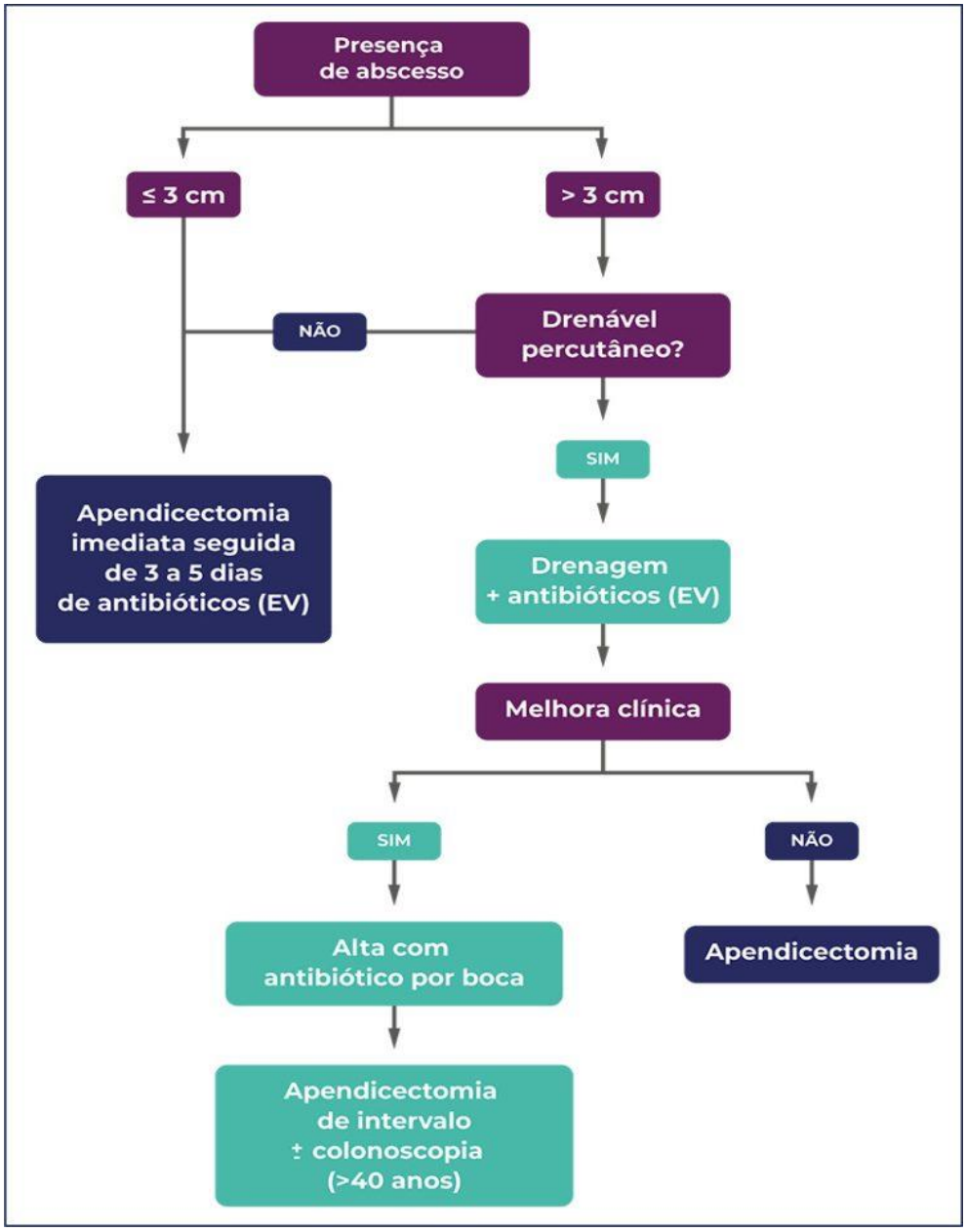
- **Laparoscopia:** A cirurgia é realizada através de três pequenos cortes, pelos quais é introduzida uma câmera e os instrumentos cirúrgicos. Esse método oferece ao paciente uma recuperação mais rápida, menos dor e cicatriz com melhor aspecto estético.
- **Tradicional:** Um corte de cerca de cinco centímetros é feito no lado direito do abdômen. Nesse método a recuperação pós-operatória é mais lenta. Ocorre maior trauma tecidual, dor mais intensa e cicatriz com pior resultado estético. Esse procedimento mais agressivo pode ser necessário nos casos de doença mais avançada.

Os procedimentos cirúrgicos para a retirada do apêndice devem ser feitos nas primeiras 24 a 48 horas após o início da doença. Dessa forma, é possível evitar complicações, como os abscessos ou a infecção generalizada do abdômen, situações que cursam com risco de vida.

A apendicite aguda se inicia com dor abdominal periumbilical que se localiza no quadrante inferior direito do abdômen após algumas horas. Com o tempo essa dor se intensifica, o local fica muito sensível ao toque e pode aparecer febre e falta de apetite.

Na presença desses sintomas o paciente deve entrar em contato imediatamente com o seu cirurgião ou procurar um serviço de atendimento de urgência.

Figura 13.5.22-1 - Fluxo de tratamento de apendicite



13.6. Apresentação de quadro de metas para a área médica (por especialidades) observados, em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva.

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal	Meta Mensal	2 ANO (5%)	3 ANO (10%)
Cirurgia clínica	381	4572	4801	5029
Clínica médica	55	660	693	726
Clínica pediátrica cirúrgica	36	432	454	475
Clínica pediátrica	44	528	554	581
Cirurgia eletiva alto giro	100	1200	1260	1320
Total	**616**	**7392**		

Cirurgias Eletivas (saídas hospitalares)	Meta mensal	Meta Mensal	2 ANO (5%)	3 ANO (10%)
Cirurgia eletiva de média ou alta complexidade	80	960	1008	1056
Cirurgia eletiva de alto custo	30	360	378	396
Consultas médicas na atenção especializada	800	9600	10080	10560
Total	**910**	**10920**		

Ambulatório	Meta mensal	1 ANO	2 ANO (5%)	3 ANO

				(10%)
Consulta multiprofissional na atenção especializada	900	10800	11340	11880
Pequenos procedimentos ambulatoriais	40	480	504	528
Total	**940**	**11.280**		

SADT Externo	Meta mensal	1 ANO	2 ANO (5%)	3 ANO (10%)
Eletrocardiograma	20	240	252	264
Raio- x	30	360	378	396
Tomografia computadorizada	50	600	630	660
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópia-CPRE	15	180	189	198
Total	**115**	**1.380**		

Serviço	Média mensal de leitos-dia	Índice de SADT	Nº de atendimentos projetados/mês	1 ANO
Hospital dia			88	1056
Total			**89**	**1068**

13.7. Apresentação de quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional (por especialidades), compatível com as atividades do plano de trabalho.

DISCRIMINAÇÃO	QDE
Assistente de Farmácia	5
Assistente Social	3
Auxiliar de Radiologia	2
Biomédico	4
Chefe de Enfermagem	3
Cirurgião Dentista	7
Enfermeiro	8
Farmacêutico	3
Fisioterapeuta	2
Fonoaudiologista	2
Nutricionista	3
Psicologia Ocupacional	2
Psicologia Organizacional	2
Técnico em Hemoterapia	2
Técnico em Laboratório	6
Técnico em Radiologia	2
Técnico Enfermagem Diurno	12
Técnico Enfermagem folguista	10
Técnico Enfermagem Noturno	12

Terapeuta Ocupacional	4

14. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

14.1. Instrução para o Funcionamento do Serviço Social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima

14.1.1. Manual, Rotinas e Normas Do Serviço Social

Objetivo:

O enfrentamento das expressões da questão social, com atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais, mediante estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços que efetivem o direito social à saúde.

Composição do serviço:

Trata-se de um serviço vinculado a área assistencial e de funcionamento de segunda a sexta-feira no período diurno, vinculada a Divisão de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico e à Gerência de Atenção à Saúde. O Serviço Social é composto por profissionais realizam atendimento aos usuários (pacientes, familiares e acompanhantes) e a rede de apoio social, nos seguintes serviços:

- Alojamento Conjunto;
- Unidade de Terapia Intensiva
- Unidade de Cuidados Intermediários
- Unidade de Terapia Intensiva
- Unidade de Atenção à Saúde Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- Unidade de Atenção Psicossocial
- Unidade de Clínica Médica.

Horários de atendimento:

O serviço social integrará o corpo de profissionais da Unidade com uma equipe formada por assistentes sociais Graduados e com experiência na função. Os atendimentos realizados por essa equipe serão realizados nos turnos matutino (7h as 13h) e o vespertino (13h as 19h) e o noturno (19h às 07h)

Das Atribuições Gerais

São orientações e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas(os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras.

No que se refere aos direitos das(os) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética Profissional assegura:

- Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- Livre exercício das atividades inerentes à Profissão;
- Participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- Desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- Aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- Pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- Ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- Liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus Utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da Profissão.

Atribuições especificas:

O item a seguir está baseado no documento do Conselho Federal de Serviço Social intitulado "Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde" (2010).

- Abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
- Participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades;
- Planejar soluções, organizar e intervir em questões relacionadas à saúde e manifestações sociais do paciente e trabalhador, para elaboração, implementação e monitoramento do Serviço Social, com foco na promoção da saúde;
- Realizar acolhimento aos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) e a rede de apoio social nas Unidades de Internação;
- Atender e acompanhar sistematicamente os usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) que estão internados, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários;
- Identificar a situação sócio familiar (habitacional, trabalhista e previdenciária) dos usuários (pacientes e famílias) com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- Prestar atendimento aos familiares, compreendendo que a família vivência juntamente com o paciente seu processo de saúde e doença;
- Realizar visitas domiciliares, quando necessário, com o objetivo de conhecer as condições e dinâmica de organização familiar do paciente, quando identificadas fragilidades emocionais e sociais, bem como pouca adesão ao tratamento e compreensão em relação ao processo saúde/doença, entre outros;
- Realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes);
- Realizar acompanhamento psicossocial de trabalhadores, e pacientes, buscando alternativas de enfrentamento individual e coletivo;
- Localizar familiar(es) de pacientes não identificados e/ou em situação de abandono;
- Estão lotadas na área assistencial, por conta disso não realizam atendimento à funcionários;
- Viabilizar o direito de acompanhante aos pacientes respaldados por Lei;
- Orientar familiares e/ou responsável que necessitem de local para pernoitar;

- Atender e orientar o usuário (paciente, família e acompanhante) em relação a "Alta Revelia";
- Realizar contato e/ou visitas institucionais à Rede de Apoio e de Proteção Social do usuário (paciente e família), quando necessário, para viabilidade de encaminhamentos formalizados, favorecendo processos de referência e contra referência;
- Integrar a equipe multidisciplinar local para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;
- Participar de reuniões e discussões multidisciplinares, nas unidades de internação, com intuito de discutir as situações atendidas, bem como indicar condutas/ações para o atendimento das necessidades em saúde; Elaborar, programar, executar e avaliar juntamente com a instituição e as equipes multidisciplinares de referência, políticas sociais centradas nas necessidades individuais e coletivas dos usuários, a partir da compreensão do processo de saúde e doença, objetivando a garantia da universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;
- Realizar juntamente com as equipes multidisciplinares da assistência, processos de referência e contra referência dos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) atendidos no hospital, de forma humanizada, responsável e segura, no que se refere aos aspectos sociais;
- Viabilizar ações de articulação do trabalho em rede, envolvendo todos os serviços de atenção à saúde e sócio assistenciais, que tenham interface com o processo de cuidado integral, buscando ampliar os recursos de intervenção na perspectiva de garantir a continuidade do cuidado integral ao usuário (paciente, família e acompanhante);
- Registrar os atendimentos no Aplicativo de Gestão para Hospitais **HERSO** e/ou no prontuário físico com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários (pacientes e famílias), resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no Caderno de Campo de cada profissional;
- Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Prestar serviços sociais orientando pacientes, acompanhantes, famílias, comunidade equipes de trabalho da Instituição sobre direitos, deveres, serviços e recursos sociais;

- Conceder informações sobre as Normas e Rotinas estabelecidas pela instituição aos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes); Criar Protocolos e Procedimentos Operacional Padrão – POP's que possibilitem organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;
- Formular relatórios, pareceres técnicos, rotinas e procedimentos;
- Coletar, organizar, compilar, tabular e difundir dados;
- Planejar, elaborar e avaliar programas, projetos e planos sociais na área de atuação profissional;
- Participar e promover ações com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de humanização - PNH;
- Contribuir e participar nas ações de Saúde Ocupacional;
- Participar de Comissões Intra-hospitalar;
- Desempenhar atividades administrativas e assistenciais;
- Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos e pesquisas realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- Supervisionar diretamente estagiários de serviço social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

14.1.1.1. Rotinas Operacionais

1. No Âmbito Geral Do Hospital

Como condição para o planejamento (da rede de saúde, da unidade em particular e do Serviço Social) e para a capacitação continuada dos profissionais de saúde, em especial dos assistentes sociais, criação (com recursos de informática) e alimentação (com a participação dos demais profissionais de saúde) de instrumentos de registro, coleta e sistematização de dados que permita, em cada instância da unidade hospitalar identificar, conhecer e analisar:

- O perfil epidemiológico, sócio-econômica e cultural dos usuários reais e potenciais da unidade de saúde;
- O fluxo e as demandas (implícitas e explícitas) dirigidas às diferentes instâncias do hospital e as demandas reprimidas;
- As demandas frutos do mau funcionamento da rede, da própria rotina da unidade, da dificuldade de identificação da unidade ou serviço de saúde a ser procurado pelo próprio usuário ou por quem o recepciona ou encaminha.

- Realizar estudos e pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, o perfil dos usuários e as demandas (reais e potenciais), objetivando identificar e estabelecer prioridades entre demandas de curto e médio prazo, demandas de fundo e emergentes, demandas aparentes e ocultas, mediatas e imediatas, no sentido de contribuir para a reorganização dos recursos institucionais, observados o perfil epidemiológico, os interesses e necessidades dos usuários.
- Realizar estudos de determinados segmentos dos usuários (população de rua, idosos, crianças de rua ou abandonadas, diabéticos, pessoas com deficiência etc), objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias.
- Realizar estudos e pesquisas objetivando identificar recursos existentes e a serem criados, objetivando a indicação das necessidades de atenção às demandas dirigidas à unidade hospitalar.
- Participar de mecanismos de interação com direção da unidade, gerências de programas, chefias de serviços, equipes multiprofissionais, que facilitem a prestação de assessoria e consultoria quanto à identificação das múltiplas determinações (econômicas, sociais, culturais, políticas) das condições de vida e de trabalho dos usuários reais e potenciais.
- Realizar ações sistemáticas e continuadas de educação em saúde dirigidas especialmente aos portadores de diabetes, tuberculose, hanseníase, hipertensão, DST´s/HIV, obesos, pessoas envolvidas com drogas etc., objetivando assegurar o início e a continuidade do tratamento e da prevenção, o que vai envolver o início do processo de educação em saúde.
- Criar mecanismos (rotinas) e ações (salas de espera, democratização das rotinas e do funcionamento da unidade através de folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros instrumentos) que facilitem o conhecimento e o acesso do usuário aos serviços oferecidos pela unidade hospitalar e pela rede de saúde, potencializando a utilização dos recursos institucionais e facilitando a participação dos usuários/famílias no controle social dos serviços prestados.
- A partir da participação eventual ou sistemática do usuário nos grupos educativos coordenados pelo Serviço Social, discutir o processo de referência e contra referência com as demais unidades de saúde do município – Unidades Ambulatoriais e Postos de Saúde – assessorando unidade de saúde, Secretarias Municipais de Saúde (SMS), conselhos, Assembleia Legislativa e outros espaços sobre as ações necessárias a partir do estudo das demandas reais e demandas reprimidas.
- Realizar seminários, debates, grupos de estudo e encontros multiprofissionais, envolvendo todos os trabalhadores, junto a Centro de Estudos, objetivando realização

de avaliação de programas, projetos e serviços e a democratização de informações e conhecimentos referentes à saúde e ao trabalho produzido pelo Serviço Social, colocando em debate a questão social e sua interferência nas ações de saúde oferecidas pela unidade hospitalar e pelas diferentes profissões de saúde.

- Assessorar a organização e a realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo que atua na relação dos usuários com os profissionais de saúde no que se refere às relações profissionais/profissionais e profissionais/usuários, visando a difusão dos princípios e normas do SUS e das atribuições do Serviço Social.
- Indicar e/ou realizar, em conjunto com os demais hospitais e com as secretarias de saúde, campanhas ou eventos educativos voltados para a comunidade e para as demais unidades de saúde, no sentido de democratizar as possibilidades de prevenção, tendo como parâmetro o perfil dos usuários das Unidades de Saúde.
- Incentivar e participar, junto aos demais profissionais de saúde, da rediscussão do modelo assistencial e da elaboração das normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e as demandas da população usuária, o que exige o rompimento com um modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças.
- Criar uma rotina que assegure a participação do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar, no sentido de, desde a entrada do usuário/ família na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação, a plena informação e a discussão sobre as necessidades, possibilidades e consequências da mesma.
- Atualizar constantemente o sistema de registro, a estatística e a organização da documentação do Serviço Social, de forma a possibilitar a sistematização dos dados necessários ao planejamento e à avaliação das ações realizadas (documento de registro de entrevistas, reunião, relatórios semestrais e anuais, anotações em prontuário único, pareceres).
- Democratizar informações e prestar apoio necessário aos familiares/colaterais na ocorrência de óbito: direitos previdenciários, direito a seguros, informações sobre sepultamento gratuito.
- Criar mecanismos, rotinas e ações institucionais que facilitem o acesso aos recursos e direitos sociais garantidos por lei (transporte gratuito, Benefício de Prestação Continuada, benefício a pessoas com deficiência, creche gratuita, auxílios em determinados tipos de doenças etc.).
- Identificar, acessar e/ou criar material audiovisual e didático que facilite a democratização de informações de interesse dos usuários quanto a participação social,

direitos sociais, questão da saúde e rotinas institucionais (folhetos, folders, cartilhas, filmes, vídeos etc.).

- Criar mecanismos (lista de telefones, identificação de pessoas responsáveis para acionar conselhos profissionais, Defensoria Pública, conselhos de políticas e de direitos nas suas diferentes instâncias) e ações (grupos de família, de usuários etc) que facilitem a identificação e encaminhamento ágil de situações que envolvam violência, maus tratos, desrespeito aos direitos garantidos ao cidadão e à ética, entre outros.
- Organizar uma rotina que envolva os assistentes sociais na realização de supervisão direta a estagiários de Serviço Social, articulada a outras experiências de ensino no âmbito da unidade.
- Criar rotina que assegure a participação do Serviço Social da unidade nas Comissões de Ética, no Centro de Estudos e demais fóruns técnicos da unidade/instituição.
- Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisa, objetivando apresentação dos estudos e pesquisas realizados e troca de informações sobre experiências de prática na saúde.

2. Nas Enfermarias

- Participar do processo de admissão, internação, alta ou remoção, objetivando identificar e trabalhar os aspectos sociais e garantir a plena informação e a discussão sobre os direitos (à prevenção, ao tratamento, à alta e à remoção hospitalar conscientes) sobre as necessidades e consequências destes processos, o que exige a democratização das normas e rotinas enquanto garantia e ampliação dos direitos, possibilitando, através da participação do usuário/familiares, a explicitação de suas necessidades e interesses.
- Especialmente na alta, reforçar a educação em saúde, principalmente nas doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas, acidentes de trabalho, violência (trânsito, doméstica, tráfico), DSTs/AIDS, DIP.
- Realizar estudos quantitativos e qualitativos dos casos de ocupação de leito por motivo social no sentido de a partir do perfil desse segmento de usuários, dos motivos da internação ou reinternação estabelecer, junto com a direção da unidade, mecanismos de interação com a SMDS, com os conselhos de saúde, do idoso, tutelares tendo em vista a continuidade às ações iniciadas no Hospital e à busca de enfrentamento da questão mendicância, crianças, adolescentes e idosos abandonados etc.
- Realizar grupos de sala de espera, grupos sistemáticos e continuados nas diferentes enfermarias, com usuários e familiares/colaterais, para discutir temáticas que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o processo de internação e os danos e riscos decorrentes dos processos de internação e alta.

- Realizar abordagem individual, quando indicada, tendo como objetivo trabalhara situação social e de saúde dos usuários/familiares e/ou reforçar o trabalho realizado nos grupos, contribuindo para um processo de alta consciente e que diminua os casos de reinternação.
- Criar mecanismos (rotinas) e ações institucionais (recepção integrada) que agilizem e facilitem o comparecimento dos familiares/colaterais à unidade de saúde, possibilitando a participação sistemática e continuada da família no processo de internação.
- Criar/participar da elaboração de estratégias que incentivem e facilitem reuniões sistemáticas da equipe multiprofissional para discussão do processo de internação e alta, estudo, planejamento e avaliação das ações realizadas, grupos de estudo etc.
- Realizar visitas institucionais e domiciliares, quando necessárias ao desenvolvimento do trabalho do assistente social, e/ou multiprofissionais, quando necessárias ao trabalho da equipe.

3. Na Atenção Ambulatorial

- Realizar, como prioridade, grupos de sala de espera, grupos sistemáticos e continuados, com mulheres, homens, adolescentes, familiares, idosos, casais, abordando, a partir dos seus interesses e necessidades – levantados através de estudo do perfil de cada segmento – questões relacionadas a climatério, gestação, concepção e contracepção, DST´s/HIV, DIP, doenças crônico-degenerativas, acidentes de trabalho, lazer, direitos sociais, participação social, informações relativas aos programas e serviços da instituição, entre outros, suscitando, ainda, debate, reflexão e discussão acerca de condições e estilos de vida, de trabalho e da relação destas com a promoção da saúde, a prevenção de doenças, os riscos, os danos e o tratamento, a partir de dinâmicas de grupo e/ou discussão do conteúdo de material educativo veiculado através de folders, cartilhas, cartazes, vídeos, filmes e outros instrumentos.
- Realizar entrevistas, tendo como objetivo, caso necessário, aprofundar as questões suscitadas nos grupos pertinentes à situação social e de saúde apresentadas pelo usuário e/ou informações relativas aos programas.
- Criar/participar de mecanismos e ações articuladas, individuais e coletivas (plantão, salas de espera, grupos de debate, grupos de treinamento), que possibilitem: discussão de temáticas de interesse dos usuários/familiares; incentivo e capacitação dos usuários para participação nos conselhos de direitos e de políticas; empreendimento de ações organizadas que pressionem pelo funcionamento da rede básica de saúde; democratização de informações e conhecimentos voltados para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, de danos, de riscos e de agravos e para o tratamento.

- Criar mecanismos e ações institucionais que agilizem e facilitem comparecimento dos familiares/colaterais a unidades de saúde, necessários ao desenvolvimento do trabalho do assistente social.
- Criar/participar da elaboração de mecanismos que incentivem e possibilitem reuniões da equipe multiprofissional para estudo, planejamento e avaliação de projetos e ações conjuntas no atendimento direto à população, por exemplo: discussão de temáticas de interesse dos usuários; grupos de sala de espera; atendimentos coletivos; grupos sistemáticos.

4. No Âmbito da Recepção Integrada – Porta de Entrada

- Participar na mesma ação – entrevista ou reunião – da equipe que acolhe o usuário na emergência e na urgência, para realização de um trabalho educativo que possibilite aos usuários e a suas famílias participarem do processo de atendimento de forma consciente, a partir do conhecimento das rotinas da unidade, dos recursos que ela disponibiliza e das informações referentes ao quadro que apresentam.
- Criar espaços que integrem a rotina da unidade de saúde e que permitam aos usuários refletir sobre o impacto das condições de vida, de trabalho e estilo de vida no quadro de saúde que apresentam e se instrumentalizar para promover a saúde e prevenir doenças, agravos, danos e riscos.
- Participar do processo de admissão, objetivando garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências da situação apresentada, o que exige a democratização de normas e rotinas, enquanto garantia dos direitos, contribuindo nas condições necessárias a sua ampliação, face aos interesses e necessidades dos usuários.
- Realizar estudos sobre as demandas dirigidas à unidade de saúde no sentido de informar as secretarias de saúde e os conselhos e planejar e avaliar as ações realizadas.
- Criação e/ou participação da construção de mecanismos que incentivem e possibilitem reuniões da equipe multiprofissional para estudo, planejamento e avaliação do trabalho realizado.

5. No Pronto Socorro – Pronto Atendimento

- Articular junto aos demais profissionais de saúde atendimento coletivo no Pronto Socorro – realizado pelo assistente social em conjunto com outros profissionais de saúde que anteceda o atendimento realizado pelo médico e que assegure:

- a) democratização de informação sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, de riscos, danos e agravos para os usuários que retornarem do atendimento;
- Democratização das rotinas, serviços, direitos e deveres para os usuários que necessitarem de internação;
- Realização de grupos no pronto socorro enfatizando direitos sociais (creche, estudo gratuito perto da moradia etc), promoção da saúde e prevenção de doenças, acidentes, maus tratos, entre outros;
- Democratização dos mecanismos e rotinas que agilizem e facilitem o comparecimento dos familiares/colaterais a unidades de saúde, necessários ao desenvolvimento e continuidade das ações realizadas pela unidade;
- Participação do processo de admissão, objetivando garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências da situação apresentada;
- Criação e/ou participação da construção de mecanismos que incentivem e possibilitem reuniões da equipe multiprofissional para estudo, planejamento e avaliação das ações realizadas, bem como a democratização das informações entre as diferentes profissões de saúde.

6. Na Emergência

- No sentido de garantir plena informação à família ou acompanhantes dos usuários que acessam a emergência, viabilizar junto aos demais profissionais de saúde da equipe:
- Atendimento coletivo (individual, dependendo do fluxo da emergência) a família/ acompanhantes, democratizando as informações necessárias ao atendimento prestado;
- Fomento à criação de mecanismos que possibilitem o contato da família/ acompanhantes com os profissionais responsáveis pelo atendimento ao usuário;
- Atendimento coletivo a família/acompanhantes, democratizando as informações necessárias, inclusive as rotinas de internação e o material educativo folders, cartilhas sobre rotinas e direitos –, garantindo a continuidade da atenção prestada pelo serviço social;
- Criação de estratégias que agilizem e facilitem comparecimento dos familiares/ colaterais às unidades de saúde, desde que seja necessário para o desenvolvimento do trabalho do assistente social e de interesse dos usuários/familiares;
- Participação do processo de alta ou remoção na perspectiva de identificar e trabalhar os aspectos sociais e garantir a plena informação e discussão sobre direitos, deveres, possibilidades e consequências no encaminhamento destes processos, com democratização de informações a respeito de normas e rotinas enquanto garantia e ampliação dos direitos, face às necessidades e interesses dos usuários/familiares;

- Criação e/ou participação da elaboração de mecanismos que incentivem e possibilitem reuniões da equipe multiprofissional para estudo, planejamento e avaliação das ações realizadas.

7. No Plantão do Serviço Social

- No sentido de garantir espaços para os usuários explicitarem seus interesses e necessidades, colocarem (em tempo real) suas demandas à unidade de saúde e ao Serviço Social e terem suas demandas conhecidas e eventualmente atendidas:
- Organizar o plantão do Serviço Social articulado às demais ações e serviços da unidade de saúde;
- Priorizar o atendimento coletivo, possibilitando aos usuários captarem o que há de não-individual nas demandas apresentadas à unidade de forma individualizada, visando a ampliação do acesso;
- Manter um sistema de registro e estudo das expressões da questão social que chegam aos plantões do Serviço Social, objetivando criar mecanismos, estratégias e ações articulados à rotina da unidade para enfrentá-las;
- Suscitar, no âmbito e espaço do plantão, discussões com a população usuária acerca das condições de vida, de trabalho e estilo de vida e relação destas com a promoção de saúde, a prevenção de riscos, agravos e danos e com o tratamento, como, por exemplo, a realização de atendimento em grupo no plantão e a realização de um programa de "salas de espera" no âmbito da unidade, que atinja usuários de diferentes serviços, objetivando atingir as demandas indicadas como prioridade;
- Identificar recursos internos e externos à unidade de saúde para indicação aos usuários, tendo em vista seus interesses e necessidades;
- Realizar abordagem individual, a partir da avaliação do assistente social ou de solicitação do usuário, tendo como centro a discussão da situação social e de saúde apresentada, bem como a democratização das informações dos serviços e programas (por exemplo, a discussão do conteúdo de material educativo veiculado através de folders, cartilhas, cartazes e outros instrumentos e programa da unidade etc).

14.1.1.2. Normas do Serviço Social:

Considerando-se o disposto nas atribuições regimentais, que direcionam as ações profissionais no âmbito da atuação, constituem-se atividades do Assistente Social dentro do hospital, todos os procedimentos realizados por profissionais de Serviço Social, nas unidades em que se encontram inserido.

Como suporte, apresentamos algumas terminologias técnicas usadas em nosso cotidiano:

Prontuário de Atendimento Social - documento utilizado para identificar e sistematizar informações relativas ao reeducando e seu contexto social, durante sua permanência no sistema hospitalar onde contém as ações, os procedimentos e os recursos realizados em relação a ele e sua família;

Acompanhamento Social - trata-se do acompanhamento sistemático individual ou em grupo ao reeducando(a) para a execução de procedimentos sociais de relevância ao contexto em que se encontra inserido;

Atendimento de Apoio/emergencial - è o atendimento não sistemático, para atendimento de uma situação emergencial com finalidade específica e pontual.

Acolhimento – é o procedimento inicial de coleta de dados pessoais e familiares realizado com o paciente, visando subsidiar a construção do estudo social e os encaminhamentos pertinentes a sua realidade. Também subsidia a análise de inserção nas frentes de trabalho, o recebimento de benefícios e o desencadeamento de um posterior acompanhamento social.

Estudo Social – É um instrumento utilizado nas mais diferentes áreas e modalidades de intervenção, cuja finalidade é a orientação do processo de trabalho do profissional.

Laudo Social – Contextualização de uma situação especifica, condicionado à realidade vivenciada momento a momentos em que subsidiaram a realização da perícia social.

Parecer Social - Opinião fundamentada sobre a realidade analisada, contextualizando a situação social estudada e tendo como eixo organizador o teor da solicitação efetuada.

Perícia Social – Tem a finalidade precípua de emissão de parecer para subsidiar a decisão de outrem (muito frequentemente o juiz) sobre uma determinada situação. Constitui-se parte essencial da perícia, o parecer social e o laudo social.

Exame Criminologico (Avaliação Psicossocial)- Documento elaborado pela Comissão Técnica de Classificação onde os profissionais envolvidos contextualizam a realidade do paciente, para subsidiar o magistrado na conclusão/concessão de benefícios; sempre solicitado pelo Poder Judiciário.

Ações periciais: São ações relacionadas à produção e emissão de pareceres laborais, exames criminológicos, pareceres e laudos sociais, relatórios e comunicações diversas ao Poder Judiciário, Ministério Público e outros afins.

Ações sócio-educativas: Referem-se às ações de conteúdo mais educativo e sócio assistencial, tais como: encaminhamento de demandas, informações, acompanhamento e

orientação social acerca de direitos, benefícios, programas, projetos e rede de serviços sociais e públicos.

Ações político-organizativas: direcionamento de demandas no sentido de maior potencialização dos familiares da população hospitalizada, bem como contribuição para acessibilidade de direitos. Vale ressaltar que todas essas ações acabam sendo realizadas paralelamente entre si, ocorrendo em alguns momentos a predominância de uma ou outra.

Competências e Habilidades - Relacionam-se à capacidade técnica dos profissionais de Serviço Social no espaço prisional e à viabilidade estrutural para tanto. Pauta-se sempre pelas prerrogativas éticas e profissionais do Serviço Social

14.2. Instrução para o Funcionamento da Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.

O Manual de Normas e Rotinas do Serviço da Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar é uma ferramenta de gestão de qualidade, que contém instruções e orientações que devem ser obedecidas e cumpridas por toda equipe que atuam na unidade **HERSO**, quer seja individualmente, ou em conjunto.

As normas são o conjunto das regras e instruções para definir procedimentos, métodos e organização. Deverão orientar os executantes no cumprimento de uma atividade e definir o que, como e quando fazer as tarefas, sendo fundamentadas nos princípios ético legais.

As rotinas representam as instruções técnicas para execução de uma tarefa específica de assistência e descrevem sistematicamente os passos para a realização da tarefa. Não descrevem procedimentos, pois estes são discriminados em Procedimentos Operacionais Padrão.

A versão deste manual contempla as atribuições da Equipe Interdisciplinar e tem por finalidade esclarecer dúvidas e orientar a execução das ações na unidade **HERSO**.

14.2.1. Manual de Funcionamento do Serviço de Enfermagem

Para a elaboração deste documento, foi analisada inicialmente a rotina das unidades de internação, com posterior validação deste pelos profissionais de enfermagem e pela gestão, visando principalmente a acessibilidade ao serviço.

Objetivos:

- Descrever e catalogar as atribuições dos profissionais que compõe e equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem) do **HERSO**
- Normatizar as rotinas assistenciais e administrativas da enfermagem
- Elaborar um guia de consulta rápida para colaboradores.

Atribuições:

I. Garantir o gerenciamento dos setores assistenciais da unidade, acompanhando questões estruturais, administrativas e assistenciais e reportando às Diretorias questões que necessitem de intervenções.

II. Coordenar o desenvolvimento dos atendimentos da unidade, visando o cumprimento das metas de produção da Unidade.

III. Cumprir a rotina de atendimento ambulatorial pré e pós consultas médicas.

IV. Acompanhar a esterilização dos materiais médico-hospitalares na Central de Material e Esterilização.

V. Gerenciar os atendimentos realizados ambulatorialmente, procedimentos cirúrgicos e tratamentos terapêuticos.

VI. Promover ações de controle de infecção ambulatorial e vigilância epidemiológica.

Rotinas:

I. Cumprir a rotina de atendimento ambulatorial, promovendo o atendimento e triagem clínica para posterior encaminhamento ao atendimento médico.

II. Realizar orientações após os atendimentos médicos e todos os passos subsequentes de quaisquer procedimentos prescritos pelo médico e consequentemente melhorar significativamente o estado geral do paciente.

III. Avaliar os serviços de assistência de enfermagem; realizar sistematização da assistência de enfermagem; oferecer cuidados diretos de enfermagem aos pacientes que

necessitarem; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base cientifica e capacidade de tomar decisões imediatas.

IV. Orientar o paciente e sua família durante sobre a indicação do procedimento; seus riscos e benefícios. Realizar uma anamnese do paciente, avaliar seu estado clinico de forma geral.

V. Realizar todas as anotações, evolução, diagnóstico e prescrição de enfermagem no prontuário eletrônico.

VI. Desenvolver em conjunto com a equipe médica e multiprofissional ações de saúde para a comunidade, garantindo que o atendimento especializado esteja disponível para todos os usuários residentes na macrorregião;

VII. Participar das práticas de educação continuada na Instituição, tais como Estágios Supervisionados e Serviço de Residência, dentro do âmbito da Enfermagem.

VIII. Participar e/ou realizar de pesquisas científicas em sua área de atuação e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza.

IX. Auxiliar na realização de análises clínicas

X. Atuar no controle da esterilização de materiais

Horários de atendimento:

O serviço de Enfermagem integrará o corpo de profissionais da Unidade com uma equipe formada por Enfermeiros Graduados e com experiência na função. Os atendimentos realizados por essa equipe serão realizados nos turnos matutino (7h as 13h) e o vespertino (13h as 19h) e o noturno (19h às 07h)

Rotinas Assistenciais

Passagem de Plantão

Do Enfermeiro Assistencial:

- Antes de finalizar o plantão, reavaliar os clientes hospitalizados sob seus cuidados;
- Realizar a passagem de plantão conforme POP institucional Passagem de Plantão;
- Proceder os registros no livro de passagem de plantão, conforme POP institucional
- "*Preenchimento do Livro de Passagem de Plantão*";

- Atentar-se para equipe mínima necessária de profissionais do plantão seguinte para a realização da passagem de plantão, sendo no mínimo 1 enfermeiro e 2 técnicos;
- Iniciar a passagem de plantão no horário padrão, observando o tempo máximo previsto, que é de 15 minutos.
- Registrar no livro de passagem de plantão o horário de início e término da passagem do plantão;
- Em casos de intercorrências e o horário da passagem de plantão exceder o horário previsto para o seu término, o enfermeiro deverá instruir um processo via SEI para justificar o atraso em nome de toda a equipe;
- Transmitir à equipe do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso as informações sobre os acontecimentos que envolvam a assistência direta e indireta ao paciente, bem como assuntos de interesse institucional que aconteceram durante o período de trabalho e pendências de prescrição médicas e de enfermagem que não foram realizadas no seu turno e devem ser realizadas prioritariamente no próximo;
- Anotar leitos dos quais foram realizadas as evoluções de enfermagem e carimbar;
- A passagem de plantão deve ocorrer exclusivamente de maneira presencial;
- Os Técnicos de Enfermagem também poderão contribuir e relatar informações relevantes acerca dos pacientes.

Enfatizar nos relatos informações como:

- Estado clínico alterado;
- Sinais vitais alterados;
- Aspectos nutricionais e hidroeletrolíticos;
- Cuidados específicos (precauções, dispositivos invasivos etc.);
- Exames laboratoriais ou de imagem alterados e condutas terapêuticas adotadas;
- Exames e/ou procedimentos agendados ou pendentes;
- Cirurgias agendadas, com preparo no prontuário;
- Queixas, sinais ou sintomas recorrentes (Ex: dor, náuseas, êmese, vertigem, hiperglicemia ou hipoglicemia, pico hipertensivo, dispneia, cianose etc.);
- Riscos e/ou ocorrências de quedas e medidas adotadas;
- Grau de dependência (Escala de FUGULIN);
- Ressaltar pendências de prescrição médica e de enfermagem a serem realizadas no próximo turno;
- Curativos realizados: tipo de curativo e período de troca;

- Antes de ausentar-se certificar-se de que todas as atividades realizadas pela equipe de enfermagem estão devidamente checadas e registradas no prontuário dos pacientes do plantão, bem como assinado e carimbado;
- Registrar no Livro de Ocorrências fatos que interferiram na qualidade da assistência conforme POP institucional "Preenchimento do Livro de Ocorrências".

Do Técnico em Enfermagem

Reavaliar os pacientes hospitalizados sob seus cuidados;

- Repassar as alterações para o enfermeiro antes do fechamento do plantão;
- Verificar a organização da unidade (enfermarias, expurgo, posto de enfermagem e outras especificas de cada unidade) e comunicar ao enfermeiro em caso de irregularidades;
- Afixar identificação visual no posto de enfermagem afim de evitar interrupções externas e garantir a tranquilidade e efetividade da comunicação entre os profissionais envolvidos no momento da passagem de plantão;
- O técnico de enfermagem designado para a função de "assistente de intercorrências" deverá triar às chamadas ocorridas em paralelo à passagem de plantão, com o intuito de reduzir as interrupções, porém garantindo o atendimento das necessidades dos pacientes, este profissional deverá avaliar as solicitações que realmente devem ser transmitidas durante passagem de plantão, das que podem aguardar seu término segundo pop institucional "passagem de plantão";
- O técnico de enfermagem designado para cumprir a função de "Guardião da Passagem de Plantão" contribuirá nos processos de educação permanente da equipe quanto à adesão e monitoria. Tendo como atribuições o registro de início e término, além de intercorrências da passagem de plantão.

Observações:

A equipe de enfermagem na passagem de plantão, deverá:

- Ser pontual;
- Manter a conduta ética;
- Utilizar nomenclatura adequada;
- Manter organização e a concentração para receber as informações fornecidas pelo colega;
- Citar todos os clientes hospitalizados que recebeu sua assistência de enfermagem;

- Ser cauteloso ao expor situações particulares dos pacientes que exigem sigilo profissional;
- Em caso de transferências internas de usuários, a passagem de plantão, deverá ocorrer de enfermeiro para enfermeiro e previamente à transferência do usuário, via telefone, em tempo oportuno para o preparo do leito e aparelhagem necessária à assistência de enfermagem. Ressalta-se que esta transferência não deverá ocorrer na primeira e última hora do turno de plantão, salvo em casos de emergências;
- A omissão da passagem de plantão além de gerar infração ética ao exercício profissional, ainda deixa os profissionais vulneráveis a incorrerem em situações que moralmente, podem interferir sobre o exercício profissional.
- A não realização da passagem de plantão constitui-se em infração ético-legal, onde segundo o Art. 104 da Resolução COFEN Nº 564/2017:

> "Considera-se infração ética e disciplinara ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como a inobservância das normas do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem". (Resolução COFEN Nº 564/2017).

- O abandono de plantão é caracterizado pelo ato de deixar de prestar assistência de enfermagem ao paciente(s), à saída do profissional do turno de trabalho sem a ciência prévia ou consentimento do chefe imediato, ou enfermeiro responsável pelo turno de trabalho, ou ainda, o não comparecimento para a escala determinada sem comunicação prévia com a Chefia de Enfermagem, podendo nesses casos, haver reconstituição dos fatos por meio de processo administrativo instaurado (COREN-SP, 2003).

Rotina Diária:

Do Enfermeiro Assistencial:

- Receber plantão conforme Pop Institucional "Passagem de Plantão";
- Realizar breve visita aos leitos confirmando quais pacientes são acamados;
- Realizar a distribuição dos pacientes internados a equipe técnica em enfermagem, por meio da escala diária, atendendo demanda e manutenção da assistência nas 12hs;
- Afixar a escala em local de fácil visualização a todos.
- Atentar para revezamento da equipe conforme escala do plantão anterior.
- Preencher o livro de passagem de plantão conforme POP Institucional "Preenchimento do livro de passagem de plantão";

- Coordenar as atividades de enfermagem do seu plantão;
- Utilizar o Equipamento de Proteção Individual- EPI;
- Realizar a visita no leito no início do plantão a todos os pacientes internados ou aqueles que estão sob sua responsabilidade afim de avaliar as condições clínicas do paciente, bem como o levantamento de suas necessidades e atentar-se as prioridades citadas pela equipe durante a passagem de plantão;
- Se houver mais de um enfermeiro no plantão os pacientes serão divididos de maneira equânime entre eles;
- Iniciar a visita pelos pacientes mais complexos, de patologias mais graves e/ou que mereçam uma atenção maior por parte do enfermeiro;
- Se possível, deixar por último os pacientes que estiverem em precauções (para evitar a disseminação dos microrganismos);
- Apresentar-se ao paciente por nome e função;
- Chamar o paciente pelo nome ou nome social;
- Durante a visita avalie: estado geral do paciente, nível de consciência, padrão respiratório, SSVV, Inspeção do abdome (e palpação se necessário), presença de edemas, condições de aceitação de dieta, eliminações, diurese e evacuações, queixas álgicas, presença de flebite, risco de queda, condições de higiene pessoal, dispositivos do paciente, necessidade ou não de presença de acompanhante, risco de LP e risco de broncoaspiração;
- Atentar-se ao fator principal de sua hospitalização;
- Orientar e esclarecer dúvidas quanto ao tratamento, exames diagnósticos ou procedimentos clínicos e rotinas e regras do hospital;
- Anotar alterações e intercorrências identificadas;
- Sempre que possível fazer uma visita rápida aos pacientes antes de finalizar o plantão;
- Aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem levando em consideração a especificidade dos pacientes com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta;
- Conferir a planilha do censo diário, se os dados dos pacientes internados estão corretos, proceder atualização a cada movimentação de pacientes;
- Encaminhar solicitações de exames pendentes à central de exames em horário oportuno;
- Aprazar as prescrições médicas, conforme horários padronizados na instituição;
- Lavagem das mãos sempre que necessário, bem como nos 5 momentos definidos pela ANVISA
- Momento 1: antes de contato com o paciente;
- Momento 2: antes da realização de procedimento;

- Momento 3: após risco de exposição a fluidos biológicos;
- Momento 4: após contato com o paciente;
- Momento 5: após contato com áreas próximas ao paciente, mesmo que não tenha tocado o paciente. Cuidando direta ou indiretamente do paciente;
- Imediatamente após retirar as luvas;
- Imediatamente após contato com sangue, fluidos corpóreos, secreções, excreções ou objetos contaminados;
- Entre procedimentos em um mesmo paciente, para prevenir a transmissão cruzada entre diferentes sítios corporais;
- Em qualquer outra situação onde seja indicada a higiene das mãos para evitar a transmissão do novo coronavírus para outros pacientes ou ambiente;
- Realizar os curativos prescritos;
- Conferência do laringoscópio.

Do Técnico em Enfermagem:

- Assumir assistência de enfermagem ao paciente, de acordo com a escala diária estabelecida pelo enfermeiro;
- Auxiliar o enfermeiro na Aplicação da SAE realizando as intervenções de enfermagem prescritas.
- Utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI);
- Realizar visita de enfermagem aos pacientes que estão sob seus cuidados;
- Observar durante a visita: estado geral do paciente, infusões venosas;
- Verificar a permeabilidade dos dispositivos instalados no paciente, presença de sinais flogísticos, aceitação da alimentação, levando em consideração se jejum ou não e condições de higiene;
- Anotar as principais queixas relatadas pelo paciente e comunicar ao enfermeiro;
- Realizar desinfecção concorrente de equipamentos e posto de enfermagem;
- Lavagem das mãos sempre que necessário, bem como nos 5 momentos definidos na ANVISA;
- Realizar a leitura da temperatura da geladeira diariamente e registar os valores em impresso próprio e arquivar em pasta destinada para este fim;
- Separar as medicações de acordo com o horário aprazados nas prescrições;
- Administrar a medicação prescrita ao paciente;
- Acessar o prontuário eletrônico do paciente no sistema e registrar as anotações de enfermagem (sinais vitais);
- Realizar conferência e validade dos materiais de reserva dos armários;

- Receber e conferir as medicações da farmácia, em caso de não conformidades devolver sem realizar abertura do invólucro;
- Separar materiais sujos/contaminados no expurgo, acondicioná-los em saco plástico branco leitoso, para serem transportados em contêiner próprio para Central de Material e Esterilização CME;
- Receber e conferir materiais da farmácia e acondicioná-los em local apropriado;
- Encaminhar o paciente para o banho de aspersão ou realizar o banho no leito dos pacientes sob seus cuidados.

Admissão

Do Enfermeiro Assistencial:

- Designar um técnico em enfermagem para assumir os cuidados com o paciente;
- Verificar limpeza e desinfecção da unidade do paciente;
- Verificar a arrumação do leito;
- Conferir se o prontuário do paciente está completo (prescrição médica, histórico de enfermagem, formulário, pedido de exames e exames pendentes, ficha de identificação - urgência e emergência, boletim de identificação/internação, laudo para Autorização de Internação Hospitalar (AIH) resumo de alta e aviso múltiplo de saída);
- Conferir dados antropométricos (peso, altura) e se o histórico de enfermagem está preenchido (Ambos são realizados no Hospital Dia).
- Atentar-se para a ocorrência de alergias, história patológica pregressa e medicações de uso contínuo;
- Em caso de transferência entre unidades e o paciente já possuir histórico, faz-se uma evolução de chegada;
- Após a realização do Histórico de Enfermagem ou Evolução de chegada, fazer a Prescrição de Enfermagem;
- Seguindo o Histórico ou Evolução de chegada, deve ser elencar os diagnósticos de enfermagem;
- Garantir a continuidade da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE;
- Certificar-se de que o paciente esteja com a pulseira de identificação, caso contrário providenciar e acompanhá-lo até o leito já preparado;
- Realizar o exame físico, observando a integridade cutânea e/ou presença de LPP;
- Apresentar o paciente aos demais pacientes do seu quarto;

- Orientar pacientes e familiares sobre normas e rotinas, horários de visita, bem como em relação à localização das instalações sanitárias, horário das refeições, etc.;
- Realizar classificação de risco do paciente através da escala de FUGULIN e registrar o Score no livro de passagem de plantão;
- A avaliação da escala de FUGULIN é de responsabilidade do plantonista noturno, no entanto pode ser reavaliada pelo enfermeiro diurno quando houver alteração do quadro clínico do paciente;
- Realizar a avaliação de risco de quedas do paciente na admissão e diariamente através da escala de Morse;
- Prescrever os cuidados de prevenção de acordo com os riscos diagnosticados;
- Avaliar na admissão e diariamente, o risco para Lesão por Pressão (LPP) através do instrumento de predição de risco escala de BRADEN para os pacientes acima de 13 anos completos e e escala de BRADEN Q para as crianças de 29 dias a 13 anos, 11 meses e 29 dias;
- Registrar o paciente no Censo Diário (impresso próprio) a "Admissão", bem como no livro de registro de internação;
- Identificar o leito com placa contendo nome completo do paciente, nome do médico, data da internação e procedência do paciente;

  Nota: As placas de identificação do paciente são disponibilizadas pelo NIR (Núcleo Interno de Regulação) e na ausência deste, pelo pessoal da recepção.

- Encaminhar à farmácia a prescrição médica assinada e carimbada;
- Comunicar o Serviço de Nutrição e Dietética (SND) sobre a internação, informar o nome e o leito do paciente, tipo de dieta;
- Preparar o paciente para a realização de exames, quando solicitado;
- Encaminhar pedidos de exames, se houver, aos setores competentes;
- Comunicar o laboratório quanto aos exames laboratoriais e a Central de Exames em caso de exames de imagens tais como: Tomografias, Ressonâncias magnéticas,
- Ultrassonografias e Ecocardiograma;
- Em caso de internação direta, aplicar o histórico de enfermagem, a SAE e as demais pendências da internação na própria Ala.

Do Técnico em Enfermagem

- Preparar a unidade para receber o paciente e providenciar os materiais necessários para prestação do cuidado do mesmo;

- Realizar a arrumação do leito conforme orientações realizadas pelo enfermeiro.

  Nota: O hospital disponibiliza uma camareira, que também desempenha essa função; Auxiliar/Realizar na troca da roupa do usuário e acomodá-lo confortavelmente;

Observações:

- O hospital fornece roupa padronizada para os pacientes;
- Os pertences do paciente deverão ser guardados no guarda volume do hospital, acondicionado em saco plástico e devidamente identificado com o nome, idade, data de nascimento, ala e leito.
- Verificar os sinais vitais na chegada e registrar no prontuário e/ou no Aplicativo de gestão para hospitais Universitários;
- Realizar banho no leito ou encaminhar ao banho de aspersão;
- Avaliar a permeabilidade do(s) acesso(s) venoso(s) periférico(s) ou central(is) e a presença de sinais flogísticos, providenciar acesso venoso periférico, quando não houver;
- Cumprir com prescrição médica e de enfermagem;
- Trocar AVP se o mesmo estiver sido puncionado em outra instituição.

Alta da Unidade Enfermeiro Assistencial

- Certificar-se da alta hospitalar no prontuário do paciente, que deve estar prescrita pelo médico.
- Preencher os formulários: Gerenciamento de Riscos Assistenciais, Evolução Multiprofissional, Aviso Múltiplo de Saída e em todos lembrar-se de assinar e carimbar;
- O Aviso Múltiplo de Saída deve constar a hora exata em que o paciente saiu e ele deve ser preenchido em 2 vias, sendo que uma deve ser anexada ao prontuário e a outra deve ser entregue ao porteiro pelo profissional que acompanhar o paciente até a sua saída do hospital;
- Registrar no Censo Diário a "Alta hospitalar";
- Anexar exame e/ou outros documentos do paciente ao prontuário;
- Acondicionar o prontuário em envelope, para posterior encaminhamento ao setor de faturamento;
- Informar ao paciente e/ou aos familiares, as orientações relativas aos cuidados pós alta, cuidados pessoais, mudança de decúbitos (em caso de pacientes acamados), horário de medicações (quando necessário), dieta, etc.; dispositivos de assistência;

- Acompanhar o paciente até a saída do hospital ou designar um Técnico em Enfermagem para essa função, segundo o POP de transporte do paciente.

Observações:

- Nunca permitir que o paciente se ausente desacompanhando do hospital.
- A enfermagem deve acompanhar o paciente até a porta de saída, junto com maqueiro preferencialmente em cadeiras de rodas/maca, mesmo que o paciente esteja em boas condições e acompanhado pela família.

Do Técnico em Enfermagem:

- Preparar o paciente para a alta, retirar acesso venoso (no momento da saída) e outros dispositivos invasivos instalados no paciente;
- Auxiliar paciente na troca de roupas, quando necessário;
- Realizar anotações de enfermagem referente à alta do paciente;
- Retirar todos os materiais utilizados pelo paciente e encaminhar ao expurgo, para posteriormente serem enviados à CME;
- Comunicar ao porteiro de plantão para liberação dos pertences do paciente que estiverem armazenados no guarda volume do hospital;
- Acompanhar o paciente até a saída do hospital;
- Acionar o serviço de Higienização do hospital para realizar a limpeza terminal da unidade do paciente;
- Realizar limpeza e desinfecção terminal de equipamentos (Bombas de Infusão Contínua (BIC), oxímetro, monitores, etc.) utilizados pelo paciente com água e sabão neutro e a seguir friccionar o equipamento com álcool 70%;
- Comunicar ao Serviço de Nutrição e Dietética (SND).

Evasão/ Alta não autorizada

Do Enfermeiro Assistencial:

- Comunicar o episódio: Chefia imediata e ao médico responsável, para ciência;
- A Assistente social, para contato com a família e acionamento do Ministério Público ou Conselho Tutelar, quando for o caso;
- Ao Porteiro, para liberar a saída do paciente;
- A farmácia;

- Ao serviço de nutrição e Dietética (SND);
- Registrar o fato ocorrido (data, horário, descrição detalhada do ocorrido e medidas adotadas, incluindo o contato com os outros profissionais), no caderno de intercorrências da unidade e no prontuário do paciente;
- Preencher o formulário Aviso Múltiplo de Saída relatando a Evasão.
- Notificar no sistema –campo "outros";
- Registrar no Censo Diário a "Evasão";
- Em caso de evasão não presenciada pela equipe, considerar as câmeras de monitoramento e solicitar relatórios a portaria, neste caso é necessário o nome completo do paciente.

Do Técnico em Enfermagem:

- Retirar acesso venoso e/ou outros dispositivos invasivos instalados no paciente;
- Realizar anotações de enfermagem sobre a Evasão;
- Encaminhar os materiais sujos ao expurgo, para posterior envio a CME;
- Realizar limpeza e desinfecção terminal de equipamentos (Bombas de Infusão Contínua (BIC), oxímetro, monitores etc.) utilizados pelo paciente com água e sabão neutro e a seguir friccionar o equipamento com álcool 70%;
- Acionar o serviço de Higienização do hospital para realizar a limpeza terminal da unidade do paciente;
- Anotar ocorrido no prontuário do paciente.

Transferência Interna

- A transferência interna unidades de pacientes hospitalizados compreende a mudança de ala do paciente em razão de piora ou melhora do seu quadro clínico por indicação médica, deverá ocorrer de forma segura e com comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos na ação, com auxílio do profissional maqueiro.

Do Enfermeiro Assistencial:

- O enfermeiro do setor de origem deve comunicar ao NIR sobre a necessidade de
- Transferência do paciente para outro setor, solicitada pelo médico plantonista;
- Após confirmação da vaga pelo NIR, orientar o paciente acerca da transferência;
- Entrar em contato com o enfermeiro do setor de destino para transmitir as informações prévias sobre o estado de saúde do paciente e demais informações presencialmente,

tais como: (diagnóstico médico e de enfermagem, comorbidades, tipos de precaução/isolamento, nível de consciência, dieta/nutrição, dispositivos (Cateter Venoso Central (CVC), Cateter Venoso Periférico (CVP), Cateter Vesical de Demora (CVD), etc.), alergias, medicamentos, mobilidade/restrições, integridade da pele, curativos, eventuais intercorrências, exames, pendências);

- Separar medicamentos para encaminhá-los junto com o (a) paciente;
- Certificar-se que toda a prescrição médica e de enfermagem foram devidamente realizadas e checadas;
- Encaminhar as roupas e os pertences do paciente junto a ele ou entregá-los à família;
- Acionar o maqueiro de plantão para conduzir o meio de transporte;
- Avaliar o estado geral do paciente a ser transportado e suas necessidades durante o transporte conforme resolução COFEN Nº 376/2011;
- Definir equipe de transporte do paciente, de acordo com o nível de complexidade da assistência requerida pelo paciente para o transporte, conforme versa a Resolução COFEN Nº 376/2011.

Nota: Em hipótese alguma o paciente deverá ser transferido somente pelo maqueiro, a enfermagem deve estar presente durante o translado; proceder ao transporte seguro do paciente; registrar no prontuário o horário exato da transferência; encaminhar o prontuário completo e exames; registrar no censo a transferência externa.

Nota: Evitar realizar a transferência do paciente entre os horários das 06:00 às 08:00 horas e das 18:00 às 20:00 horas, devido a passagem de plantão. Ressalta-se que em casos de emergência, essa observação não se aplica.

Do Técnico em Enfermagem:

- Checar na prescrição a medicação administrada e cuidados prestados durante o período que o (a) paciente esteve sob seus cuidados;
- Preparar o paciente para transferência;
- Providenciar os materiais e equipamentos para o transporte de acordo com as necessidades observadas pelo enfermeiro do setor de origem;
- Acompanhar o paciente durante a transferência quando designado pelo enfermeiro;
- Encaminhar os materiais sujos ao expurgo, para posterior envio a CME;

- Realizar limpeza e desinfecção terminal de equipamentos (Bombas de Infusão Contínua (BIC), oxímetro, monitores, etc.) utilizados pelo paciente com água e sabão neutro e a seguir fricciona- lós com álcool 70%;
- Acionar o serviço de Higienização do hospital para realizar a limpeza terminal da unidade do paciente;
- Preparar a unidade para receber outro paciente.

Transferência Externa

Do Enfermeiro Assistencial:

- Avaliar o estado geral do paciente a ser transportado e suas necessidades durante o transporte, conforme resolução COFEN nº 376/2011;
- Após confirmação da vaga pelo NIR, orientar o paciente quanto a transferência;
- Certificar-se que toda a prescrição médica e de enfermagem foram devidamente realizadas e checadas;
- Fazer cópia do prontuário, das últimas prescrições (verificar se estão devidamente checadas) e dos laudos dos exames realizados pelo paciente;

Nota: a secretária de ala desempenha a função; acionar o maqueiro de plantão para ajudar na transferência; registrar no prontuário o horário exato da transferência do paciente; registrar no censo a transferência.

Técnico em Enfermagem

- Checar na prescrição a medicação administrada e cuidados prestados durante o período que o paciente esteve sob seus cuidados;
- Preparar o paciente para transferência;
- Atentar-se para esvaziar o coletor de urina caso o paciente esteja em uso de Sonda vesical de demora e anotar os dados no prontuário do paciente antes da transferência;
- Preparar a unidade para receber outro paciente;
- Encaminhar os materiais sujos ao expurgo, para posterior envio a CME;
- Realizar limpeza e desinfecção terminal de equipamentos (Bombas de Infusão Contínua (BIC), oxímetro, monitores, etc.) utilizados pelo paciente com água e sabão neutro e a seguir friccionar os equipamentos com álcool 70%;

- Separar os medicamentos não utilizados para serem devolvidos à farmácia. Em casos de pacientes com patologias que requer isolamento os medicamentos ficarão em quarentena;
- Acionar o serviço de Higienização do hospital para realizar a limpeza terminal da unidade do paciente.

Óbitos

Do Enfermeiro Assistencial:

- Certificar-se que o óbito foi constatado pelo médico;
- A comunicação do óbito é feita pelo médico plantonista presencialmente ou via telefone aos familiares e/ou responsável legal pelo paciente;
- O preenchimento da Declaração de Óbito é responsabilidade do médico plantonista;
- Após o preenchimento da DO conferir os dados referentes a identificação, residência;
- Supervisionar o preparo do corpo;
- Acionar o maqueiro para encaminhar o corpo para o necrotério após os cuidados pós morte;
- Acionar os serviços de apoio, quando disponíveis no hospital: Psicologia, Serviço Social;
- Acolher e confortar a família;
- Disponibilizar a via amarela da DO para os familiares ou responsável pelo paciente e encaminha-los ao Serviço Social para demais trâmites legais. Anexar as outras duas vias (rosa e branca) no prontuário;
- Identificar e armazenar todos os pertences do paciente conforme o POP Cuidados pós morte e encaminhar ao guarda volumes. Registrar em livro de ocorrências o nome do colaborador de para o qual foram entregues e outras informações pertinentes;
- Orientar o responsável que para retirada do corpo do necrotério é necessário apresentar a via amarela da DO;
- Registrar o fato ocorrido (data, horário e medidas adotadas), no livro de intercorrências da unidade e no prontuário do paciente;
- Preencher o formulário Aviso Múltiplo de Saída relatando o óbito.

Nota:O aviso deve ser preenchido em duas (02) vias, sendo que uma deve ser anexada ao prontuário e a outra deve ser entregue na portaria; registrar no Censo Diário o "Óbito".

Do Técnico em Enfermagem:

- Reunir os materiais necessários para realizar o preparo do corpo;
- Retirar acesso venoso e/ ou outros dispositivos invasivos (drenos, cateteres, etc.) e, se necessário, realizar higienização do corpo;
- Tamponar os orifícios usando algodão;
- Manter decúbito horizontal dorsal com braços fletidos sobre o tórax, fixar com atadura a mandíbula;
- Identificar o corpo (nome, data de nascimento, data e horário do óbito);
- Envolver o corpo com a cobertura de óbito (o saco cobre corpo está disponível na farmácia) e colocar outra etiqueta de identificação;
- Encaminhar o corpo ao necrotério com auxílio do maqueiro;
- Registrar anotações de enfermagem no prontuário do paciente;
- Encaminhar os materiais utilizados pelo paciente ao expurgo, para posterior envio a CME;
- Realizar a limpeza e desinfecção terminal dos equipamentos (bombas de infusão, monitor cardíaco, manguitos) utilizados pelo paciente com água e sabão neutro e a seguir friccionar os equipamentos com álcool 70%;
- Separar os medicamentos não utilizados para serem devolvidos à farmácia.
- Acionar o serviço de Higienização do hospital para realizar a limpeza terminal da unidade do paciente.

Encaminhamento de solicitação de hemocomponentes e/ou hemoderivados para transfusão

Do Enfermeiro Assistencial:

- Conferir o formulário de Requisição de Transfusão (RT), verificando se os dados do paciente estão corretos;
- Preencher o Termo de Consentimento de Transfusão;
- A Requisição de Transfusão deverá ser realizada em formulário padrão de uso obrigatório em três vias, cujo modelo deve ser fornecido pelo Hemocentro, com todos os campos devidamente preenchidos, letra legível, sem rasuras e assinado pelo médico solicitante;
- Conferir a prescrição médica, a quantidade (volume) e o tipo de componente;
- Informar ao técnico responsável pelo paciente sobre a transfusão e sobre necessidade de coletar as amostras de sangue para realização dos testes pré-transfusionais do paciente;

- Esclarecer dúvidas sobre a transfusão para o paciente e informá-lo sobre a coleta das amostras de sangue;
- Conferir o formulário de requisição realizada pelo médico e aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que ficará uma via com o paciente e outra no prontuário;
- Acionar o motorista para levar as amostras para o Hemocentro

Do Técnico em Enfermagem:

- Coletar amostra de sangue e identificar as amostras de sangue para testes pré-transfusionais imediatamente após a coleta;
- As amostras devem ser colhidas em um tubo com EDTA (tampa roxa) e um tubo seco (tampa vermelha), devem ser rotulados com o nome completo do paciente sem abreviatura, data de nascimento, nome do profissional que coletou a amostra e data da coleta;
- As amostras devem ser acondicionadas em geladeira com temperatura entre +2 e +8 °C;
- As amostras devem ser transportadas em caixa térmica exclusiva para este fim, refrigerada com gelox.

Transfusão de hemocomponentes e hemoderivados

Do Enfermeiro Assistencial:

- Conferir a requisição de transfusão, verificando se os dados do paciente estão corretos;
- Conferir a prescrição médica, a quantidade (volume), o tipo de componente, velocidade de infusão;
- Conferir a bolsa com o registro, nome, volume e prescrição médica (Dupla checagem, o técnico de enfermagem também deve checar);
- Orientar o paciente/família sobre a possibilidade de reações adversas;
- Supervisionar a instalação da bolsa de sangue no paciente;
- Conferir o preenchimento do formulário "Acompanhamento Transfusional" realizado pelo técnico de enfermagem.
- Atentar-se para assinar e carimbar o formulário;
- Em caso de reação transfusional, o enfermeiro deve preencher a ficha de notificação de reações transfusionais (ficha de notificação e investigação de incidentes transfusionais) e encaminhá-la ao hemocentro juntamente com a bolsa do hemocomponentes.

Do Técnico em Enfermagem:

- Verificar e registrar sinais vitais (Temperatura, Frequências Cardíaca e Respiratória e Pressão Arterial) no formulário de acompanhamento transfusional. Caso o paciente apresente crise hipertensiva (PA > ou = 160 mmHg x 110 mmHg) ou febre antes da transfusão, medidas adequadas devem ser adotadas pelo médico assistente antes de iniciar a transfusão, para que não ocorra piora clínica do paciente ou que os sintomas sejam confundidos com uma reação transfusional;
- Realizar punção venosa com jaleco calibroso para transfusão, preferencialmente, com calibre 20G ou maior.
- Conferir a bolsa com o registro, nome, volume e prescrição médica (Dupla checagem, o enfermeiro também deve checar);
- Instalar a bolsa de sangue no paciente sob a supervisão do Enfermeiro, conforme a Resolução COFEN nº 629/2020;
- Checar a prescrição médica;
- Colar no prontuário, a etiqueta de identificação da bolsa de hemocomponentes (tirar dúvida quanto a etiqueta);
- Realizar SSVV e anotar antes da transfusão, aos 10 minutos após o início, aos 30 minutos e ao término da transfusão;
- Após iniciar a transfusão permanecer por 10 minutos ao lado do leito do paciente conforme preconiza a Resolução COFEN nº629/2020, período em que normalmente ocorrem as reações transfusionais imediatas;
- Observar reações adversas como: febre/hipotermia, alteração na pressão arterial (hipertensão/hipotensão), alteração respiratória (dispneia, taquipneia), alterações cutâneas (edema local ou generalizado), diurese, vômitos;
- Caso haja alguma reação, o técnico de enfermagem deve interromper imediatamente a transfusão e comunicar ao enfermeiro e/ou médico plantonista;
- Nenhuma transfusão deve exceder o período de infusão de 4 horas. Quando este período for ultrapassado, a transfusão deve ser interrompida e a unidade descartada;
- Não infundir hemocomponentes concomitante a outras substâncias/medicamentos. A via deve ser exclusiva para o hemocomponentes no momento da transfusão, com exceção do SF0,9% em casos específicos; Por exemplo: soluções de glicose 5% podem causar hemólise das hemácias e soluções de ringer lactato podem ocasionar formação de coágulos pela presença de cálcio;
- Em caso de reação transfusional deve-se interromper a transfusão e chamar imediatamente o médico responsável ou plantonista para atender o paciente;

- Todo o produto hemoterápicas deve ser transfundido com equipo com filtro de 170µ capaz de reter coágulos e agregados;
- Deve ser utilizado um equipo para cada bolsa de hemoterápicas;
- O tempo de infusão de cada unidade de Concentrado de Hemácias (CH) deve ser de 60 a 120 minutos, em pacientes adultos. Em pacientes pediátricos, não exceder a velocidade de infusão de 20-30 mL/kg/hora;
- O tempo de infusão da dose de Concentrados de Plaquetas (CP) deve ser de aproximadamente 30min em pacientes adultos ou pediátricos, não excedendo a velocidade de infusão de 20-30 mL/kg/hora;
- O tempo máximo de infusão do plasma deve ser de 1 hora;
- Registrar em prontuário data, horário de início e término da transfusão, SSVV, registro da bolsa e a presença ou não de reações adversas.

Troca dos equipos, extensões e torneirinhas

Do Enfermeiro assistencial:

- Supervisionar a periodicidade da troca dos equipos, extensões e torneirinhas pelos Técnicos de Enfermagem;
- Infusão contínua: a cada 96h;
- Infusão intermitente: a cada 24h;
- Nutrição Parenteral Total (NPT)- Realizar a desinfecção com álcool a 70% nas torneirinhas e pontas dos cateteres a cada manipulação e trocar o equipo a cada nova bolsa;
- Hemocomponentes: a cada bolsa;
- Infusão lipídica: a cada 12h;
- Dieta enteral: a cada nova bolsa.

Do Técnico em Enfermagem:

- Realizar a troca dos equipos, extensões e torneirinhas conforme a periodicidade:
- Infusão contínua: a cada 96h;
- Infusão intermitente: a cada 24h;
- Hemocomponentes: a cada bolsa;
- Infusão lipídica: a cada 12h;
- Dieta enteral: a cada 12h.

- Realizar a desinfecção com álcool a 70% nas torneirinhas e pontas dos cateteres a cada manipulação.

Oferta da dieta ao paciente adulto

Do Enfermeiro Assistencial:

- Avaliar a aceitação da dieta com base nas condições clínicas do paciente, de modo a identificar se há necessidade de oferta da mesma, pela equipe de enfermagem;
- Identificar os motivos da não aceitação da dieta, discutir com a equipe multiprofissional (médico, fonoaudiólogo, nutricionista) estratégia para permitir que a necessidade básica de alimentação seja sanada;
- Comunicar ao médico, nutricionista e fonoaudiólogo a necessidade de ajuste da consistência da dieta à limitação do paciente como: disfagia, sonolência, confusão, alteração do padrão respiratório ou indicação de nutrição enteral.
- Avaliar a aceitação da dieta ofertada.

Do Técnico em Enfermagem

- Conferir a dieta fornecida com a prescrição médica;
- Em casos de dieta inadequada para o paciente, comunicar ao enfermeiro e ao SND;
- Posicionar o paciente corretamente no leito, preferencialmente sentado ou em decúbito o mais elevado possível;
- Manter a cabeça do paciente levemente fletida (sentido queixo-tórax);
- Manter- se no mesmo nível do paciente;
- Substituir o dispositivo (colher, garfo, seringa, canudo, copo) por outro, quando observar dificuldade na deglutição ou risco para broncoaspiração;
- Oferecer a refeição ao paciente ou orientar o acompanhante como fazê-la e supervisionar a administração;
- Comunicar ao enfermeiro, caso ocorra qualquer fator contribuinte à eventos adversos como: tosse durante e após a ingestão, engasgos, queda na saturação de oxigênio, cansaço, dispneia e retorno ou sobra de alimentos na cavidade oral;
- Nas situações em que o paciente estiver em uso de Sondagem Nasoentérica, ao receber a dieta da SND, verificar se o nome da dieta é o descrito na prescrição nutricional e assinar o campo de recebido da dieta prescrita. Em seguida homogeneizar a dieta por meio da agitação suave do frasco, instalar a dieta e iniciar o processo de infusão com a velocidade prescrita pelo nutricionista disponível na prescrição nutricional;

- Organizar o ambiente e deixar o paciente confortável, em decúbito 30° ou maior nos primeiros 30 minutos após a refeição;
- Anotar a quantidade dos alimentos ingeridos nos formulários de anotações de enfermagem e de balanço hídrico;
- Comunicar ao enfermeiro se a ingesta alimentar não foi adequada.

Observações:

- A escolha dos alimentos e o estabelecimento de um horário diferenciado para a oferta da alimentação, poderão ser autorizados pelo SND, quando o paciente não estiver aceitando a dieta hospitalar, por problemas na adaptação à rotina hospitalar ou por ter perdido o horário da dieta, devido a exames ou procedimentos cirúrgicos;
- A solicitação de dieta fora dos horários padrões deverão ser feitas em formulário próprio (formulário para solicitação de dieta);

Conferência e Limpeza do Carro de Emergência

Do Enfermeiro Assistencial:

- Organizar o carro de emergência e seus componentes acessórios;
- Elaborar escala de serviço para limpeza do carro de emergência (preferencialmente no último sábado do mês) e supervisionar o cumprimento da rotina realizada pelos técnicos em enfermagem;
- Verificar diariamente a integridade do lacre do carrinho de emergência, se o lacre estiver violado, conferir o carro e providenciar um novo lacre.
- Realizar a testagem funcional do laringoscópio diariamente;
- Testar o funcionamento do cardioversão/desfibrilador diariamente;
- O desfibrilador deverá estar conectado à rede elétrica, continuamente;
- Conferir mensalmente os materiais contidos no carro de emergência quanto a sua presença, quantidade e validade. A conferência deve ser feita no último dia de cada mês juntamente com a conferência da farmácia.
- Anotar a conferência em caderno de protocolo, assinar e datar;
- Listar, quantificar e repor materiais e medicamentos do carro de emergência após o uso.

Nota: Compete ao farmacêutico a conferência dos medicamentos contidos no carro de emergência quanto a sua presença, quantidade, características físicas e validade; enviar para

engenharia clínica os equipamentos que não estiverem em boas condições e comunicar a chefia imediata; ressalta-se que o enfermeiro deve registrar no livro de intercorrências data e setor o qual o equipamento foi enviado.

Do Técnico em enfermagem:

- Realizar limpeza/desinfecção do carro de emergência e do desfibrilador;
- A limpeza concorrente (externamente) deve ser feita 1 vez por semana;
- A limpeza terminal (externa) deve ser feita 1 vez ao mês, preferencialmente, no último sábado do mês;
- A limpeza e desinfecção concorrente/terminal do carro de emergência e do desfibrilador deverão ser realizadas com compressa úmida com um pouco de sabão neutro (limpeza), seguido de compressa úmida (afim de remover o sabão e resíduos), finalizando com compressa limpa embebida em álcool 70% (desinfecção), exceto no visor do monitor;
- Auxiliar o enfermeiro na organização do carro de emergência.

Rotinas administrativas

Solicitação, acondicionamento e recebimento de material de consumo ao Setor de Suprimentos

Do Enfermeiro Assistencial:

- Realizar levantamento dos materiais necessários para prover a ala e solicitar em quantidade considerável para abastecer o setor, inclusive aos finais de semana (domingo) e feriado, uma vez que, a unidade não funciona nessas situações;
- Preencher corretamente a requisição de solicitação de material;
- Respeitar as normas estabelecidas pela Unidade de Abastecimento:
- Os pedidos de materiais ao almoxarifado da área assistencial realizadas pelas equipes do noturno nos dias de terça-feira, quinta feira e domingo, para serem usados no dia seguinte.
- Na eventualidade de estoque baixo, devido fluxo de pacientes, comunicar às chefias a necessidade dos itens com antecedência;
- Pedido extra ou fora da padronização deve ser feito, de acordo com as necessidades do paciente;

- Entrar imediatamente em contato com o CAF (Central de Abastecimento de Farmácia) quando verificar qualquer divergência no material e/ou requisição entregue;
- Em caso de Devolução de material o enfermeiro deve preencher formulário
- Requisição/Estorno, contendo o nome dos materiais que não foram utilizados assinar, carimbar e encaminhar para Unidade de Abastecimento (ex: materiais vencidos);
- As solicitações deverão ocorrer de modo a contemplar o estoque mínimo instituído.

Do Técnico em Enfermagem:

- Conferir os materiais recebidos;
- Guardar e organizar os materiais em local apropriado;
- Comunicar ao Enfermeiro qualquer divergência na entrega do material e/ou requisição.
- Solicitação e devolução de materiais e medicamentos à Farmácia

Do Enfermeiro Assistencial:

- Solicitação de medicamentos para pacientes internados:
- Encaminhar à farmácia a segunda via das prescrições médicas, diariamente, logo após o aprazamento das medicações;

Observações:

- Os horários padrões para entrega das medicações dos pacientes pela farmácia nas alas são às 7h, 16h e 19 h.
- Para solicitar antibióticos é preciso encaminhar à farmácia juntamente com a prescrição médica um formulário padronizado para solicitação de antibiótico, preenchido e assinado pelo médico;
- Para solicitar medicamentos de alto custo é preciso encaminhar à farmácia juntamente com a prescrição médica o 'Formulário para solicitação de medicamentos de alto custo', preenchido e assinado pelo médico.

Solicitação de medicamentos e materiais para reposição do carro de emergência:

- Preencher o formulário de requisição de material e medicamento (impresso próprio) listando os medicamentos e materiais utilizados, preenchido com o nome do paciente, assinado e carimbado;
- Encaminhar para farmácia o formulário preenchido corretamente juntamente com a prescrição dos medicamentos utilizados;

- Levar o lacre quebrado para ser trocado por um novo lacre.

Devolução:

- Preencher o formulário de Requisição/Estorno (impresso próprio) contendo os medicamentos e materiais não utilizados, identificados com o nome do paciente, assinar, carimbar e encaminhar para farmácia;

Do Técnico em Enfermagem

Solicitação de materiais básicos para o posto de enfermagem:

- Realizar o levantamento dos materiais necessários e solicitar em impresso próprio a quantidade considerável para abastecer o setor;
- Itens solicitados pelo Técnico de Enfermagem junto ao CAF: seringas, scalp, abocath (jelcos), agulhas, soro (fisiológicos, glicosados, etc) equipos (microgotas, macrogotas, equipo de infusão específico para transfusão), fraldas, saco coletor de urina, ect;

Recebimento:

- Conferir os materiais e medicamentos recebidos;
- Guardar e organizar os materiais e medicamentos recebidos em local apropriado;

Solicitação, acondicionamento e devolução de materiais à CME Enfermeiro Assistencial

- Realizar solicitação, acondicionamento e devolução de materiais à CME conforme POP institucional "Solicitação, Acondicionamento e Devolução de Produtos para Saúde";
- O plantonista noturno deverá fazer o levantamento dos materiais necessários e solicitar a quantidade considerável para abastecer o setor;
- Atentar-se para preencher corretamente a requisição de material (impresso próprio), assinar e carimbar;
- O enfermeiro diurno deverá designar um Técnico de Enfermagem para ir buscar os materiais junto à CME.

Nota : O Técnico de Enfermagem deverá se dirigir a recepção de artigos limpos levando a requisição de materiais e entregá-la ao colaborador da CME.O horário de solicitação para as alas é de 08:00 às 09:00.

- Itens solicitados junto à CME: Gazes, compressas, ataduras, látex, baldes, bacias, comadres, capotes estéreis, pinças cirúrgicas, kits de cateterismo vesical, campos estéreis, kit de pequena cirurgia e outros, conforme a necessidade;
- Realizar o levantamento dos materiais vencidos à CME (datas de validade constante nas etiquetas de cada artigo médico) (kits de nebulização, umidificador, máscaras de Venturi, máscaras de oxigênio com reservatório, cânulas orofaríngeas – Guedel, ponteiras do otoscópio, reanimadores manuais – ambus, frascos de aspiração, kits de macro nebulização) e colocar no expurgo separado do material contaminado a fim de ser reprocessado;
- Designar um Técnico de Enfermagem para devolver os materiais utilizados na assistência dos pacientes (sujo/contaminado), diariamente, para o expurgo da CME (área de recepção e limpeza).

  Nota: O Técnico de Enfermagem deverá se dirigir a recepção e limpeza (expurgo) e entregar os materiais sujo/contaminado acondicionado em saco branco leitoso ao colaborador da CME. O horário de devolução das alas é: Manhã – 09:30 - 11:20, Tarde – 13:50 -14:50

- Entrar imediatamente em contato com setor da CME, quando verificar qualquer divergência no material e/ou requisição e preencher o impresso de não conformidade.

Do Técnico em Enfermagem:

- Auxiliar o enfermeiro no levantamento dos artigos necessários para abastecer o setor;
- Levar a requisição de materiais e pegar o material solicitado na CME nos horários padronizados conforme POP institucional "Solicitação, Acondicionamento e Devolução de Produtos para Saúde";
- Guardar e organizar os materiais recebidos da CME;
- Observações:
- O material esterilizado deve ser armazenado em local limpo, seco, fechado, à temperatura ambiente (em torno de 20 a 24 °C);
- Recomenda-se que os materiais estéreis sejam acondicionados à distância de 20 a 25 cm do piso, 45 cm do teto e 5 cm da parede;
- Devolver o material utilizado na assistência dos pacientes (sujo/contaminado), diariamente, para o expurgo da CME conforme POP institucional "Solicitação, Acondicionamento e Devolução de Produtos para Saúde".

Observação: Não encaminhar artigos não críticos para o CME (Termômetro, óculos, estetoscópio, esfigmomanômetro, fluxômetros, cabo do laringoscópio, etc). A desinfecção desses artigos deve ser realizada pelos profissionais na própria unidade.

Controle de temperatura e Limpeza da geladeira de medicamentos

Do Enfermeiro Assistencial:

- Supervisionar o cumprimento da rotina pelos Técnico de Enfermagem;
- Conferir a limpeza e a guarda dos medicamentos e soluções;
- Designar um Técnico de Enfermagem para realizar o descongelamento e limpeza da geladeira;
- A limpeza será realizada pela equipe do serviço noturno a cada 15 dias.

Nota: A limpeza da geladeira deverá ser feita a cada 15 dias ou quando a camada de gelo estiver maior que 0,5 cm e sempre que apresentar sujidade visível.

Do Técnico em Enfermagem:

- Transferir os medicamentos e soluções da geladeira para a caixa térmica, previamente organizada com bobinas de gelo reutilizável (gelox) e com a temperatura já estabilizada (+2 a +8 °C);
- Atentar para verificar a integridade e validade dos medicamentos e soluções.
- Desligar da tomada, abrir as portas do refrigerador e do congelador, até que todo o gelo aderido se desprenda. Não usar faca ou outro objeto pontiagudo para remoção mais rápida do gelo, pois esse procedimento pode danificar os tubos de refrigeração;
- Após o descongelamento, limpar a geladeira por dentro e por fora com água e sabão líquido neutro usando compressas não estéreis limpas;
- Secar bem a geladeira de dentro para fora, com compressa não estéril limpa;
- Realizar a desinfecção do termômetro digital, friccionando o artigo com compressa não estéril limpa e umedecida com álcool a 70%, inclusive no sensor (bulbo), com três aplicações consecutivas, até secar;
- Após a limpeza, ligar a geladeira;
- Resetar o termômetro;
- Manter a porta fechada até a estabilização da temperatura e armazenar os medicamentos e soluções;

- Realizar o registro da limpeza e descongelamento na ficha de controle de temperatura da geladeira, registrando a data nos campos descongelamento e limpeza, indicando o nome do executor da tarefa.

Observações:

- A geladeira do posto de enfermagem deve ser utilizada para guardar medicamentos, vacinas e hemocomponentes;
- A geladeira deverá ser mantida em local arejado e afastado da incidência de luz solar direta ou outra fonte de calor e da parede cerca de 20 cm;
- Diariamente realizar a verificação da vedação da borracha da porta da geladeira;
- É proibido armazenar na geladeira, mesmo que temporariamente, outros produtos, tais como: comida ou água do servidor.
- Realizar a leitura da temperatura da geladeira, diariamente, no início da jornada de trabalho (diurno e noturno).
- A temperatura da geladeira de medicamentos deverá ser mensurada por meio da utilização de Termômetro Digital de Máxima e Mínima fixado na parte externa da geladeira;
- A temperatura da geladeira deverá ser mantida entre +2 e +8 °C;
- Se apresentar valores inferiores a +2ºC e superiores a +8ºC, a temperatura deverá ser verificada novamente após duas horas, e se continuar fora da faixa ideal, comunicar ao enfermeiro para que este entre em contato com o Setor de infraestrutura HDT- UFT;
- Registrar em impresso próprio (Controle de temperatura da geladeira) os resultados da leitura acompanhada de data, horário, Temperatura mínima e máxima atual e assinatura do primeiro nome legível e no final de cada mês arquivar o formulário.

Limpeza e Desinfecção da Unidade do Paciente

Do Enfermeiro Assistencial:

- Supervisionar o cumprimento da rotina;
- Acionar o serviço de Higienização após a limpeza e desinfecção concorrente e/ou terminal realizada pelo TE e sempre que necessário.

Do Técnico de Enfermagem:

- Realizar a limpeza e a desinfecção concorrente e terminal da unidade do Paciente;

- Solicitar reposição de sabonete líquido, degermante antisséptico, álcool 70%, papel toalha e papel higiênico ao serviço de higienização sempre que necessário;
- Acionar o serviço de Higienização após a limpeza e desinfecção concorrente e/ou terminal.

Considerações Gerais:

- Limpeza e Desinfecção Concorrente (diária) da Unidade do Paciente:
- A limpeza e a desinfecção concorrente da unidade do paciente deverão ser realizadas quando:
    - Em áreas críticas, como leitos de isolamento – Três vezes por dia, preferencialmente, após o banho, após as refeições ou ao término do plantão. O Enfermeiro da unidade deverá normatizar o melhor horário;
    - Em áreas semicríticas, como enfermaria – duas vezes por dia, preferencialmente após o banho, após as refeições ou ao término dos plantões. O Enfermeiro da unidade deverá normatizar o melhor horário/turno;
- A limpeza e a desinfecção do colchão, especificamente, deverão ocorrer ao término do banho e antes da arrumação da cama, principalmente quando o paciente estiver acamado;
- A responsabilidade pela limpeza e desinfecção concorrente dos equipamentos eletrônicos (ventilador mecânico, bombas de infusão, monitores multiparamétricos, desfibrilador ect) de mobiliários da unidade (cama, berço, colchão, bancadas, mesa de refeições e de cabeceiras, suporte de soro, anexos da rede de gases) será da equipe de enfermagem;
- A responsabilidade pela limpeza e desinfecção concorrente da poltrona, escadinha, do chão, das maçanetas das portas, dos interruptores de luz, dos recipientes de descarte, dos dispensadores de sabão e de álcool gel, do porta-papel toalha e dos banheiros será do Serviço de Higienização;
- Os produtos utilizados para a limpeza e a desinfecção das unidades sob a responsabilidade da enfermagem serão água, sabão líquido neutro e álcool 70%;
- O processo de limpeza e desinfecção deverá seguir algumas recomendações, tais como:
- Iniciar a limpeza do local mais limpo para o mais sujo, trocando as luvas e os panos de limpeza, sempre que for necessário;
- A limpeza e desinfecção concorrente/terminal dos equipamentos deverão ser realizadas com compressa úmida com pouco de sabão neutro (limpeza), seguido de compressa

úmida (remoção do sabão e resíduos), finalizando com compressa limpa embebida em álcool 70% (desinfecção);

- Não passar álcool 70% em materiais de acrílico e em visores de monitores.

Limpeza e Desinfecção terminal da Unidade do Paciente:

- A limpeza e a desinfecção terminal da unidade do paciente deverão ser realizadas quando: desocupação do leito (óbito, alta hospitalar e transferência intra-hospitalar).
    - Áreas críticas – semanalmente. O Enfermeiro da unidade deverá normatizar o horário e designar os funcionários responsáveis;
    - Áreas semicríticas – quinzenalmente. O Enfermeiro da unidade deverá normatizar o horário e designar os funcionários responsáveis;
- A responsabilidade pela limpeza e desinfecção terminal dos equipamentos eletrônicos (monitores, bombas de infusão, desfibrilador etc.) será da equipe de enfermagem;
- Os produtos utilizados na limpeza e desinfecção terminal serão os mesmos utilizados na limpeza e desinfecção concorrente;
- A responsabilidade pela limpeza e desinfecção terminal de mobiliários (cama, berço, poltrona, cadeira, bancadas, mesas de refeição e de cabeceira), colchão, anexos da rede de gases, suporte de soro, biombo e da escadinha, e estrutural (chão, paredes, teto, janelas e vidraçarias, portas, lustres, ar condicionado, interruptores, dispensadores de sabão e de álcool gel, porta-papel toalhas e dos banheiros) será do Serviço de Higienização.

Limpeza e desinfecção do posto de enfermagem

Do Enfermeiro Assistencial:

- Supervisionar o cumprimento da rotina;
- Acionar o serviço de Higienização para realizar após a limpeza e desinfecção concorrente e/ou terminal realizada pelo TE e sempre que necessário.

Do Técnico em Enfermagem:

- Realizar a limpeza e a desinfecção concorrente e terminal das superfícies sob a sua responsabilidade.

Considerações Gerais:

Limpeza e desinfecção concorrente (diária) do posto de enfermagem

- A limpeza e a desinfecção concorrente do posto de enfermagem e áreas afins deverão ser realizadas ao término de cada plantão (2x/dia) e sempre que apresentar sujidades;
- O enfermeiro deverá designar um TE para realizar a limpeza e desinfecção concorrente do posto de enfermagem. A realização do procedimento deverá ser assinada pelo profissional responsável, imediatamente após a execução da atividade, em impresso específico;
- A responsabilidade pela limpeza e desinfecção concorrente do posto de enfermagem, que inclui superfícies de bancadas e armários será da Enfermagem;
- A limpeza e desinfecção concorrente das maçanetas das portas, das pias, telefone, cadeiras, dos interruptores de luz, dos dispensadores de sabonete líquido, degermante antissépticos ou álcool 70% gel, do porta-papel e do chão deverão ser realizados pelo Serviço de Higienização;
- Os produtos utilizados para a limpeza e a desinfecção das unidades sob a responsabilidade da enfermagem serão água, sabão líquido neutro e álcool 70%;
- O processo de limpeza e desinfecção deverá iniciar do local mais limpo para o mais sujo, trocando as luvas e os panos de limpeza, sempre que for necessário.

Limpeza e desinfecção terminal do posto de enfermagem

- A limpeza e desinfecção terminal do posto de enfermagem e áreas afins deverão ser realizadas semanalmente;
- A realização do procedimento deverá ser assinada em impresso próprio da unidade pelo profissional responsável, imediatamente após o término;
- A responsabilidade da limpeza e desinfecção terminal de armários e bancadas e a verificação de integridade e validade de materiais, medicamentos e soluções é da equipe de enfermagem;
- Os produtos utilizados na limpeza e desinfecção terminal serão os mesmos utilizados na limpeza e desinfecção concorrente;
- A responsabilidade pela limpeza e desinfecção terminal do chão, das paredes, do teto, das janelas, das portas, pias, dos lustres, do ar condicionado, dos interruptores, dos dispensadores de sabão e de álcool gel e dos porta-papel toalhas será do Serviço de Higienização.

Abertura de chamado para TI

Do Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem:

- Sempre que for identificado algum problema na área tecnológica realizar abertura de chamado junto ao setor de Tecnologia da informação, a solicitação deverá ser realizada em formulário próprio presente no aplicativo do setor TI na área de trabalho do computador.

Abertura de chamado junto ao setor de infraestrutura (manutenção)

Do Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem:

- Sempre que for identificado algum problema na área de infraestrutura realizar abertura de chamado junto ao setor de manutenção, a solicitação deverá ser realizada em formulário próprio e encaminhado para o setor responsável.

Notificação de Eventos Adversos – Sistema

Do Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem:

- Os eventos adversos, ou quase-eventos, relacionados à assistência tais como quedas, flebites, retirada inadvertida de sondas (enterais e vesicais), tubos endotraqueais, acessos venosos e suas obstruções, devem ser notificadas no sistema com o objetivo de agilizar, ao Serviço de Qualidade Hospitalar, a ciência e a solução de problemas ocorridos no hospital, facilitando o processo decisório em ações para melhoria na qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

Notificação de Desvio de Qualidade Técnica

Do Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem:

- O Formulário de Notificação de desvio de Qualidade Técnica deverá ser preenchido quando for identificado alguma inconformidade de qualidade no material relacionados à assistência por exemplo, luvas, scalps, jalecos, máscaras, oxímetro, monitores e outros
- O Formulário está disponível na **pasta documentos>enfermagem matrizes> Notificação de desvio de qualidade técnica.**
- Ao ser preenchido deverá ser encaminhado à chefia imediata que fará os encaminhamentos necessários.

Declaração de internação

Trata-se de um documento de caráter administrativo que deve ser emitido pelo setor de internação para pacientes internados caso seja solicitado. Neste caso, o enfermeiro deve orientar o paciente a procurar o Setor de internação para a emissão do documento.

Normas:

Horário de chegada e saída dos plantões diurno e noturno:

O plantão diurno tem início às 07:00 e termina às 19:00. O plantão noturno inicia- se às 19:00 e finaliza às 07:00 do dia seguinte. Os colaboradores deverão registar horários de entrada e saída do plantão no Relógio de Eletrônico de Ponto, não antecedendo o período de 5 minutos ao horário da entrada. Atrasos eventuais na saída e início da jornada deverão ser comunicados à chefia imediata e justificadas via WhatsApp para fins de controle da frequência do empregado no Portal do Empregado.

Vestuário e Acessórios:

Todos os profissionais em atuação nas unidades de internação devem fazer uso de vestimentas compatíveis com o ambiente de trabalho, evitando roupas curtas, transparentes e decotadas. Além disso, o profissional deve estar devidamente uniformizado, destacando se o uso de jaleco (fornecido pela instituição), crachá de identificação, cabelos presos, sapatos fechados e **NÃO** usar adornos. Ressalta-se que o empregado deve portar a carteira profissional (COREN), quando em serviço, conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN Nº 658/2021.

Uso de Equipamentos de Proteção Individual:

Os equipamentos de proteção individual padrões que devem ser usados nas unidades:

- Gorro ou Touca;
- Máscara cirúrgica;
- Luva de procedimento;
- Jaleco;

Adicionalmente, durante os procedimentos geradores de aerossóis (Intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coleta de amostras nasotraqueais) devem utilizar a

máscara de proteção respiratória (N95, PFF2 ou equivalente), óculos ou protetor facial (face shield) conforme orientação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. O uso dos EPI's será orientado pelo SESMT, conforme Norma Regulamentadora – NR 6.

Sistemas Eletrônicos (MV)

O acesso dos colaboradores aos Sistemas Eletrônicos (MV) se dá por meio de usuário e senha individualizada disponibilizada pelo setor de tecnologia da informação.

Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE:

Os profissionais da enfermagem devem obrigatoriamente realizar todas as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE, conforme Resolução n.º 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Enfermeiro Assistencial:

- Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (Histórico, diagnóstico, planejamento, implementação, evolução de enfermagem).

Técnico de Enfermagem:

- Realizar as anotações de enfermagem;
- Realizar e checar prescrições de enfermagem.

Prontuário:

- É função de toda a equipe de saúde mantê-lo em ordem;
- Os impressos em excesso nos prontuários deverão ser retirados das pranchetas e guardados em local apropriado;
- Preencher os cabeçalhos dos impressos com o nome completo e o registro do paciente, com caneta azul ou preta;
- Os prontuários deverão estar, sempre que possível, organizados em seus locais e identificados no posto de enfermagem.

A ordem dos impressos é:

- 1° Prescrição Médica e de enfermagem;
- 2° Sinais vitais e anotações de enfermagem;
- 3° Evoluções em ordem decrescente das datas;
- 4° Exames complementares;
- 5° Históricos e folhas de internação;
- 6° Outros impressos.

Repouso

A equipe de enfermagem fará seu período de repouso conforme previsão em escala e norma institucional, sendo-lhes reservados os devidos locais para descanso, masculino e feminino, durante a jornada de trabalho. Extraordinariamente e temporariamente, poderá haver realocações por motivos de força maior.

Relação Interpessoal

As atividades no âmbito das unidades de internação prezam pela integridade das pessoas, respeito à diversidade de saberes e preservação da autonomia no exercício profissional.

É dever de todos prezar pelo respeito, individualidade e privacidade dos usuários durante à assistência.

Todas as ações relacionadas ao cuidado dos pacientes e às interações profissionais obedecerão aos princípios éticos e morais, normas legais, normativos da INSV e regimentos do **HERSO**.

Passagem de plantão:

A passagem de plantão é o mecanismo utilizado pela Enfermagem para assegurar a continuidade da assistência.

A equipe de enfermagem deve receber o plantão da equipe anterior, orientado pelo Procedimento Operacional Padrão POP Institucional "Passagem de Plantão", exclusivamente por via presencial.

Proceder ao repasse das informações essenciais sobre a condição clínica dos pacientes internados, pendências de procedimentos e exames, bem como informações pertinentes ao funcionamento da unidade.

Médicos e membros da equipe multiprofissional seguirão procedimentos próprios de Passagem de plantão definidos pelas respectivas chefias.

Escalas

O serviço de enfermagem nas Alas de internação prestará assistência aos pacientes em regime de plantão de 12 horas, seguidas por 36 horas de descanso, em turnos diurnos e noturnos, com os devidos períodos de repouso e respeito à carga horária prevista do mês em curso.

As escalas serão publicadas nos murais de cada Ala, bem como disponibilizado nos grupos de WhatsApp.

Jornada de Trabalho

- Iniciar atividades laborais no horário preestabelecido conforme escala de trabalho;
- Na impossibilidade de comparecer ao serviço conforme previsto em escala, o empregado deve avisar em tempo hábil à chefia imediata para tomar providências de substituição, salvo situações consideradas emergenciais.

Carteira profissional do COREN e o Código de Ética

- Profissionais da enfermagem devem portar a carteira profissional (COREN), quando em serviço conforme portaria do COFEN N° 658/2021;
- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), exercendo seu trabalho com zelo e respeito aos usuários, acompanhantes, visitantes, colegas de profissão e equipe multiprofissional.

Identificação do Empregado e Registro de Ponto

O uso de crachá de identificação fornecido pela INSV é de uso obrigatório, assim como os registros de horário de entrada e saída em relógio ponto.

Trocas de Plantões

- Serão permitidas trocas de plantões entre os profissionais, desde que previamente acordado, com preenchimento de formulário específico via MV assinado pelos

colaboradores envolvidos, respeitando o prazo mínimo de 5 (cinco) dias úteis e aprovação da chefia imediata;

- No caso de troca de plantão, o total de permutas não deve ultrapassar 3 (três) trocas mensais, limitado a 18 (dezoito) trocas anuais. A troca de plantão será considerada tanto para o solicitante quanto para o solicitado;
- Será admitida a flexibilização do intervalo intrajornada para no mínimo 11h e limitada em até duas vezes no mês nas situações previstas nos §§ 1º, 2º e 3º do Acordo Coletivo de Trabalho.

Remanejamento Interno

- Os remanejamentos de turno realizados de maneira unilateral pela chefia imediata motivadas exclusivamente pela necessidade do serviço não serão contabilizadas no somatório individual de trocas de plantões;
- Todo os profissionais que compõe a equipe de enfermagem estão sujeitos a rodízio de horários e de setor, a critério da chefia imediata, de acordo com as necessidades do serviço

Relacionamento Interpessoal e Organização do Setor:

- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe assistencial através de comportamento ético profissional;
- Zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos e patrimônio da instituição;
- Zelar pela manutenção da ordem e limpeza do posto de trabalho;
- Zelar pelo silêncio e tranquilidade do ambiente;
- Nortear o atendimento assistencial de acordo com o dispositivo do acolhimento e da interdisciplinaridade, realizando escuta qualificada junto ao paciente;
- Respeitar os princípios éticos e morais, normas legais, normativas da INSV e regimento interno do **HERSO**;
- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa;
- Nos Plantões, o enfermeiro lidera a equipe de Enfermagem, e tem autonomia para resolução de intercorrências dentro do seu âmbito de atuação, observando o disposto na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas e preceitos que regem o serviço público federal.

Proibições:

- É vedada presença de pessoas não identificadas no interior das unidades de internação;
- É vedada a utilização de qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos setores, equipamentos, prontuários e/ou pacientes, exceto com autorização expressa e antecipada da administração do **HERSO**

Relacionamento Interpessoal e Organização do Setor

- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe assistencial através de comportamento ético profissional;
- Zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos e patrimônio da instituição;
- Zelar pela manutenção da ordem e limpeza do posto de trabalho;
- Zelar pelo silêncio e tranquilidade do ambiente;
- Nortear o atendimento assistencial de acordo com o dispositivo do acolhimento e da interdisciplinaridade, realizando escuta qualificada junto ao paciente;
- Respeitar os princípios éticos e morais, normas legais, normativas da INSV e regimento interno do **HERSO**;
- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa;
- Nos Plantões, o enfermeiro lidera a equipe de Enfermagem, e tem autonomia para resolução de intercorrências dentro do seu âmbito de atuação, observando o disposto na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas e preceitos que regem o serviço público federal.

Proibições

- É vedada presença de pessoas não identificadas no interior das unidades de internação;
- É vedada a utilização de qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos setores, equipamentos, prontuários e/ou pacientes, exceto com autorização expressa e antecipada da administração do **HERSO**;
- É vedado solicitar medicamentos aos familiares de quaisquer pacientes;
- É vedado ao funcionário ausentar-se do seu posto de trabalho sem garantir a continuidade da assistência de enfermagem ao paciente e prévia autorização da chefia imediata;
- É vedado solicitar medicamentos aos familiares de quaisquer pacientes;

- É vedado ao funcionário ausentar-se do seu posto de trabalho sem garantir a continuidade da assistência de enfermagem ao paciente e prévia autorização da chefia imediata.

14.2.2. Manual de Funcionamento do Serviço de Psicologia

O Psicólogo hospitalar:

Trata-se de um dos profissionais mais recentemente incorporados à equipe de saúde. No entanto, assistimos ao rápido avanço desta especialidade que vem responder a uma demanda cada vez maior de reflexão e questionamento diante de momentos críticos na vida do ser humano.

Exatamente por responder a esta demanda, o psicólogo foi inserido em equipes de saúde. Convém ressaltar que o psicólogo não é o responsável direto e único pela Humanização, até porque ela é uma postura ética, de comportamento e, sendo assim, depende de todos. Mas, por ser o profissional com formação específica para atenção à subjetividade, pode, justamente, viabilizar atendimentos individuais com os pacientes e/ou familiares e promover, junto à equipe, espaço para discussão/reflexão sobre o tema.

Assim, o Serviço de Psicologia do **HERSO** será o porta-voz das necessidades e desejos do paciente/família para a equipe de saúde, facilitando a comunicação entre as partes envolvidas no processo. Dessa forma, sua atuação minimiza os efeitos psicológicos, pois o foco do atendimento no hospital é o processo de adoecimento e tudo o que o mesmo implica.

Objetivos:

- Prestar assistência psicológica aos pacientes do **HERSO** abordando especificamente as questões emocionais ligadas à doença e ao adoecer. Para tanto, lançamos mão de modalidades que vão desde o atendimento individual do paciente no leito, até atendimento familiar do mesmo, bem como atendimentos em grupo, além de assessoria a equipe multiprofissional do hospital, quando necessário;
- Prestar assistência psicológica em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Atuando de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com

produtividade na promoção da saúde baseada nas melhores evidências científicas, além de apoiar e desenvolver atividades de ensino e pesquisa.

Constituição:

- Psicólogo Coordenador;
- Psicólogo Assistencial.

Atribuições, Normas e Rotinas

Do Psicólogo Coordenador:

- Propor à Direção da Instituição a Política de Ação e o Plano Geral do Serviço de Psicologia;
- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades do Serviço de Psicologia, realizando periodicamente reuniões avaliativas do ponto de vista técnico e administrativo;
- Representar o Serviço de Psicologia junto aos órgãos competentes;
- Manter entrosamento com os demais setores da Instituição através de reuniões periódicas com a Diretoria, Gerentes de Coordenadores, visando uma melhor articulação do trabalho desenvolvido;
- Prever e adequar recursos humanos e materiais de acordo com a necessidade do serviço e a programação estabelecida;
- Adotar medidas de ordem administrativa relativa à elaboração e controle de escalas de serviço de pessoal, para observância da frequência, horário de trabalho, férias, afastamentos, penalidades, além do levantamento de dados estatísticos das atividades do Serviço de Psicologia;
- Encaminhar periodicamente à Direção, relatórios avaliativos (qualitativa e quantitativamente) das atividades desenvolvidas, bem como prestação de contas dos gastos efetuados pelo setor;
- Cumprir e fazer cumprir as ordens de serviços, portarias e regimento da instituição, participando das reformulações deste último, quando necessário;
- Estimular as atividades de pesquisa no campo da Psicologia;
- Garantir que o trabalho do Serviço de Psicologia se desenvolva em consonância com as suas atribuições específicas, visando a qualidade no atendimento ao usuário;
- Facilitar a participação da equipe do Serviço de Psicologia em atividades de cunho técnico-científico;
- Manter articulação com órgãos de classe representativos da categoria;

- Cumprir e fazer cumprir a legislação que regulamenta o exercício profissional do Psicólogo: Lei nº 4.119 de 1962, que regulamenta a profissão de Psicólogo; RESOLUÇÃO CFP Nº 010/05 que aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.

Do Psicólogo Assistencial:

- Realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente;
- Elaborar criticamente o diagnóstico, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na sua atuação profissional;
- Contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;
- Encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;
- Emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;
- Emitir relatórios das atividades até o 5º dia útil de cada mês, contendo as informações sobre os indicadores de produtividade (atendimentos, procedimentos e atividades de ensino /pesquisa);
- Manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;
- Humanizar todos os atos dos profissionais nos contatos com os pacientes e seus familiares;
- Manter os registros atualizados sobre os pacientes atendidos;
- Elaboração de relatório das atividades mensais referentes ao serviço de psicologia;
- Encaminhamento de pacientes para o acompanhamento psicológico após alta hospitalar;
- Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional.

O Psicólogo Hospitalar atuará em três níveis de atenção:

Psicoterapêutico:

- Busca expressão e elaboração de medos, fantasias e outras emoções e sentimentos que podem levar o paciente/responsáveis a um contato mais profundo consigo mesmo e com seus recursos positivos para lidar com este momento de crise. Oferecerá suporte psicológico frente às situações mobilizadoras:
- Tentativa de suicídio;

- Paciente/responsável em sofrimento psíquico desencadeado pela doença ou hospitalização (apático, dificuldade para interagir com a equipe e/ou familiar, choroso, poli queixoso, agressivo, pouco colaborativo com o tratamento, entre outros);
- Paciente/familiar que apresente sintoma somático em função de algum sofrimento psíquico (distúrbio neurovegetativo, pi
- ti histérico);
- Acompanhar as alterações comportamentais e afetivas dos pacientes/responsáveis e familiares (agressividade, labilidade afetiva, entre outros);
- Vítimas de violência (maus tratos, abuso sexual);
- Cirurgias mutiladoras, como: amputação de membros, perda da visão, entre outros;
- Pacientes com história de transtorno psiquiátrico;
- Pacientes usuários de drogas;
- Acompanhamento e acolhimento da família durante a notícia de óbito.

Psicoprofilático:

- Prepara o paciente para procedimentos.
- Verificação da percepção do paciente/familiar acerca dos procedimentos e intervenções utilizados;
- Facilitar as adaptações frente às mudanças e limitações impostas pela doença, pela hospitalização e pelo tratamento;
- Avaliar a possibilidade de um surto psicótico (agitação psicomotora; desorientação alopsíquica –quem é, onde está, o que faz; alteração do senso percepção – ideias deliróides, alucinação, ente outros);
- Favorecer o relacionamento de confiança entre o paciente, o familiar e a equipe;
- Encaminhamento de pacientes e/ou familiares para unidades de referência do Estado/Município.
- Psicopedagógico: ajuda a esclarecer, junto com outros profissionais, detalhes e explicações sobre a doença/tratamento.
- Realização de Avaliação Psicológica: Essa é uma fase de ampliação da visita psicológica com os pacientes que apresentaram distúrbios durante a triagem, e é quando o psicólogo deve observar as seguintes questões:
- Possíveis alterações cognitivo/comportamentais frente à doença, principalmente relacionadas à falta de compreensão do diagnóstico, prognóstico, entre outros;
- Avaliar incompatibilidade entre sintomatologia e quadro clínico;
- Identificar e intervir em caso de ansiedade, depressão e avaliação do estado de saúde geral do paciente;

- A autonomia e a participação efetiva do paciente/responsável nas decisões sobre seu tratamento e sua própria vida, englobando relações afetivas, familiares, sociais e de trabalho.
- Atuação junto à equipe de saúde:
- Orientar nas condutas mais adequadas relativas aos aspectos psicológicos dos pacientes e seus familiares;
- Estimular e ajudar a comunicação entre paciente/família/ equipe;
- Auxiliar na identificação de sentimentos e comportamentos dos pacientes/responsáveis, visando despertar na equipe a atenção aos conteúdos emocionais que os afetam e a sua família, através de informações compartilhadas após os atendimentos;
- Estimular a constante reflexão sobre o cuidado humanizado.
- O atendimento psicológico respeitará sempre a individualidade de cada doente/responsáveis e seus recursos para lidar com a situação de crise. Assim, resgatando o humano e integrando a humanização do atendimento à técnica científica, o psicólogo hospitalar redimensionará o conceito de cura ampliando-o para todos os níveis do ser humano.
- O Serviço de Psicologia dará apoio aos pacientes e familiares em todos os momentos de sua permanência no hospital, inclusive acompanhando pacientes terminais, buscando acolher e apoiar as famílias em casos de óbitos.

Normas Administrativas para o Serviço de Psicologia:

- É terminantemente proibido a todo colaborador lotado no Serviço de Psicologia, receber honorários, gratificações, taxas ou qualquer outro tipo de pagamento, praticado a qualquer título, por pessoa física ou jurídica;
- É proibido a todo colaborador lotado no Serviço de Psicologia, substituir ou ser substituído na sua jornada de trabalho por qualquer pessoa pertencente ou não ao quadro de pessoal do hospital. A permuta na jornada diária de trabalho será permitida, apenas, mediante autorização prévia do Coordenador do Serviço;
- O Serviço de Psicologia atenderá a todos os usuários que recorram a este serviço, dando os encaminhamentos peculiares a cada caso e/ou situação;
- O Serviço de Psicologia procederá à entrevista inicial com pacientes e/ou familiares, responsável ou colateral, estabelecendo seu plano para intervenção;
- O Serviço de Psicologia manterá contato com os pacientes sempre que se fizer necessário;
- O Serviço de Psicologia participará do processo de alta a pedido, juntamente com o médico e enfermeiro, através da reflexão com o paciente/responsável acerca das

consequências desta solicitação, ressaltando a necessidade de assinatura do mesmo em termo específico;

- O Serviço de Psicologia participará do planejamento de programas na formulação e reformulação de normas e rotinas gerais do hospital;
- O Serviço de Psicologia deverá promover pesquisas e participar dentro sua especialidade de outras pesquisas na de área em saúde, em consonância com normas estabelecidas pelo Hospital;
- O Serviço de Psicologia deverá manter-se informado a atualizado acerca dos recursos disponíveis na comunidade;

O Serviço de Psicologia deverá manter registro sistemático de suas atividades em Folha de Evolução do Serviço de Psicologia, devendo constar de:

- Avaliação e investigação junto aos pacientes e ou familiares para intervenção das questões emocionais;
- Investigação da compreensão e entendimento por parte dos pacientes e familiares das informações passadas pela equipe medica e de enfermagem;
- Dados psicológicos referentes aos pacientes que sejam pertinentes a equipe de saúde e que possam contribuir com o tratamento.

Rotinas operacionais

- Verificar diariamente censo hospitalar do dia anterior e do dia presente para buscar informações pertinentes ao serviço;
- Realizar visita diária aos leitos ocupados nas unidades e/ou realizar contato com as equipes multidisciplinares para verificar encaminhamentos (da equipe ou demanda própria) para avaliação psicológica;
- Profissional da equipe responsável pelo paciente registra solicitação de interconsulta no sistema, enfatizando os critérios de prioridade para atendimento psicológico;
- Abordar o solicitante a fim de conhecer e compreender o motivo do encaminhamento (demanda do atendimento);
- Realizar análise de prontuário do paciente visando caracterização dos dados clínicos e conhecimento sobre histórico prévio da internação;
- Identificar-se ao paciente (nome, função e tempo que irá conduzi-lo), saudá-lo, sendo cordial e empático com todas suas demandas;
- Avaliar o estado físico e condição do paciente para o atendimento, de acordo com a gravidade do caso e idade do paciente;

- Realizar avaliação psicológica com o paciente/cuidador, na qual são colhidos ou checados os dados de identificação e anamnese, objetivando também estabelecer o rapport (vínculo) com o paciente e identificar as demandas psicológicas para acompanhamento;
- Caso seja identificado demanda para acompanhamento psicológico de paciente e/ou cuidador ou familiar, planejar o seguimento dos atendimentos a partir da junção das informações relevantes colhidas com o paciente, familiares e equipe assistencial;
- Realizar os atendimentos psicológicos de acordo com a demanda apresentada, através de escuta e intervenções psicológicas. Os atendimentos serão realizados respeitando a receptividade do paciente e o processo de vínculo terapêutico;
- Registrar no prontuário multiprofissional as informações que sejam pertinentes e orientadoras das ações da equipe assistencial, no sentido de promover a qualidade da comunicação interdisciplinar;
- Dar retorno à equipe multiprofissional sobre aspectos que possam ter impacto no planejamento de cuidados do paciente;
- Compartilhar somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber de preservar sigilo;
- Realizar os atendimentos psicológicos de acordo com a demanda apresentada, através de escuta e intervenções psicológicas;
- Realizar encaminhamentos internos (setores do hospital) ou externos (serviços de saúde mental), quando necessário;
- Grupos educativos/ terapêuticos;
- Realizar reuniões, semanalmente, com os acompanhantes e pacientes, possibilitando espaços de informação e reflexão, fortalecendo-os para o acesso à saúde como direito e autoconhecimento.
- Integração com a equipe assistencial
- Compor equipe multidisciplinar e participar efetivamente das reuniões do Time de Liderança e reuniões/rounds multiprofissionais, discutindo com a equipe sobre a problemática do paciente, interpretando a situação social do mesmo, resguardando as informações sigilosas.

Horários de atendimento:

Os atendimentos serão realizados nos dois turnos, matutino e vespertinos de acordo com a escala de trabalho do profissional.

14.2.3. Manual de Funcionamento do Serviço de Nutrição

Dos serviços de nutrição e alimentação hospitalar:

Os serviços de nutrição e alimentação hospitalar são meios para proporcionar atenção nutricional adequada para usuários e trabalhadores de tais instituições. O serviço de nutrição e dietética hospitalar "é um subsistema do sistema hospitalar, devendo estar situado em área técnica, quanto à subordinação junto à organização hospitalar, para que haja a possibilidade de um pleno desenvolvimento do processo de assistência nutricional".

Para Garcia (2006), a dieta hospitalar é importante para prover o aporte de nutrientes para o paciente internado e, assim, preservar seu estado nutricional pelo seu papel co-terapêutico em enfermidades agudas e crônicas. Agrega-se às suas atividades o desenvolvimento de ensino e pesquisa.

Atualmente, o papel do Serviço de Nutrição e Dietética - SND na assistência ao paciente está bem documentado na literatura e já se tornou parte integrante da assistência ao paciente, especialmente para aqueles em estado grave, com depleção nutricional ou com ambas as indicações simultaneamente.

Assim, o Serviço de Nutrição e Dietética tem a finalidade de:

- Planejar
- Receber
- Armazenar
- Distribuir as refeições para colaboradores, pacientes e acompanhantes, conforme as normas da vigilância sanitária.

Do horário de funcionamento:

O SND funcionará em regime de 24 horas por dia durante todos os dias do ano ininterruptamente, prestando assistência integral ao paciente e aos colaboradores da Unidade, sobre a supervisão de uma nutricionista responsável técnica.

Objetivos do Serviço de Nutrição e Dietética – SND:

- Seu objetivo principal é proporcionar, embasado em fundamentos técnico científico, a assistência nutricional adequada através da elaboração de dietas e orientações

nutricionais para pacientes e da distribuição de refeições para plantonistas, pacientes e acompanhantes.

- Gerenciar o Serviço de Nutrição e Dietética, norteado pelos princípios da gestão da qualidade, com o objetivo de desenvolver as atividades técnico-administrativas necessárias para a produção de alimentos e refeições, até a sua distribuição para coletividade sadia e enferma, com a prestação de assistência aos pacientes internados e ambulatorial nas diversas áreas de atendimento nutricional de maneira qualificada e eficiente, com a organização de processos preventivos e terapêuticos de modo à torna-los mais eficazes e menos dispendiosos, otimizando os resultados com vistas na melhoria da qualidade de vida e segurança dos pacientes e demais usuários do serviço;
- Assegurar a assistência nutricional individualizada, eficiente e humanizada aos pacientes;
- Desenvolver e implementar as técnicas apropriadas de nutrição clínica e terapia metabólico-nutricional;
- Realizar a Nutrição Clínica dos pacientes adotando os seguintes critérios:
- Realizar anamnese nutricional (Folha de Admissão Nutricional);
- Elaborar e disponibilizar os Protocolos de Nutrição;
- Elaborar os Mapas de Prescrição Nutricional;
- Elaborar e disponibilizar orientações nutricionais;
- Disponibilizar solicitação das dietas ao setor de alimentação;
- Realizar mapa de acompanhamento diário;
- Realizar Evolução Nutricional;
- Realizar orientação de alta nutricional;
- Realizar registros da assistência nutricional no prontuário do paciente.
- Composição do SND
- A equipe será composta pelos seguintes profissionais:
- Nutricionistas;
- Cozinheiros;
- Copeiros;
- Auxiliares de cozinha / Despenseiro;
- Auxiliar Operacional;

Atribuições da Equipe:

Do (a) Nutricionista Plantonista Diurna do S.N.D.:

- Conferir a presença dos funcionários e fazer as adequações necessárias na escala de serviço;
- Registrar faltas de funcionários;
- Conferir as prescrições de lanches para pacientes adequando as quantidades da distribuição e das requisições de lanches aos mapas de dietas;
- Supervisionar a confecção de lanches e de dietas dos pacientes;
- Realizar a contagem de dietas dos pacientes preenchendo os impressos: RESUMO DE DIETAS e CONTROLE DE DIETAS;
- Atualizar os MAPAS DE DIETAS das Nutricionistas;
- Supervisionar o abastecimento e armazenamento de gêneros alimentícios;
- Supervisionar a qualidade e a quantidade de gêneros alimentícios e das preparações a serem servidas;
- Orientar e supervisionar técnicas e preparo de alimentos, porcionamento e distribuição de refeição;
- Modificar a requisição de gêneros para a confecção de cardápios quando surgir a necessidade de substituir insumos;
- Solicitar ao despenseiro o balanço diário de gêneros e materiais estocados;
- Requisitar ao almoxarifado, de acordo com o balanço e o cronograma de pedidos, a solicitação de gêneros não perecíveis (aos domingos);
- Encaminhar aos fornecedores de acordo com o cronograma de pedidos, a solicitação de gêneros pedidos;
- Conferir os impressos de PRESCRIÇÃO DE DIETAS ESPECIAIS para Ceia e Desjejum de pacientes de acordo com os MAPAS DE DIETAS;
- Calcular Ceias e Desjejum de pacientes, preenchendo os impressos: DISTRIBUIÇÃO DE CEIA E DESJEJUM e REQUISIÇÃO DE GÊNEROS;
- Registrar as ocorrências do plantão.

Do (a) Nutricionista Plantonista do Período Noturno do S.N.D.:

- Confirmar presença de funcionários do plantão e fazer as adequações necessárias na escala de serviço;
- Registrar faltas de funcionários;
- Conferir a prescrição de ceias e dietas especiais para pacientes bem como atualizar os Mapas de Dietas das Clínicas (pacientes que internam durante o plantão);
- Quando necessário, adequar as quantidades de gêneros alimentícios e das preparações a serem confeccionadas durante o plantão (lanche noturno, de funcionários, ceia e desjejum);

- Supervisionar a quantidade e qualidade de gêneros alimentícios e das preparações a serem confeccionadas durante o plantão (lanche noturno de funcionários, ceia e desjejum);
- Supervisionar a confecção e distribuição do lanche noturno de funcionários e ceia de pacientes;
- Modificar a requisição de gêneros para a confecção do lanche noturno, ceia e desjejum quando surgir necessidade de substituição dos mesmos;
- Atender as intercorrências relacionadas com a dietoterapia dos pacientes internados;
- Registrar no "Livro de Ocorrências" as intercorrências do plantão.

Do (a) Despenseiro (a):

- Receber e conferir os gêneros alimentícios e materiais;
- Realizar processo de higienização dos gêneros, de acordo com as normas do serviço;
- Realizar o armazenamento adequado, de acordo com as normas do serviço, de gêneros e materiais recebidos;
- Realizar balanço diário dos gêneros e materiais armazenados;
- Entregar os insumos ao responsável pela respectiva área de trabalho, obedecendo à requisição da Nutricionista de Produção;
- Comunicar à Supervisão imediata qualquer falta e/ou alteração no fornecimento normal de gêneros e materiais;
- Encaminhar à Supervisão imediata os comprovantes de requisições e notas de entregas, devidamente assinadas e datadas;
- Zelar pela manutenção da limpeza, ordem, controle de materiais e equipamentos do local de trabalho;
- Comunicar à Nutricionista, quando necessário, a substituição de insumos para a confecção das preparações;
- Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento.

Do (a) Cozinheiro (a):

- Receber e conferir os gêneros para a confecção de preparações;
- Executar as preparações determinadas pela Nutricionista de Produção;
- Encaminhar as preparações especiais solicitadas pela Nutricionista Dietoterápica;
- Colaborar na manutenção da ordem e limpeza dos equipamentos e áreas de trabalho;
- Comunicar à Supervisão imediata qualquer ocorrência que impossibilite a execução das preparações;

- Distribuir as preparações sob sua responsabilidade para as áreas de porcionamento de refeições.
-

Do (a) Auxiliar de Cozinha:

- Receber e conferir os gêneros para a confecção de preparações;
- Solicitar à Nutricionista, quando necessário, a substituição de insumos para garantir a qualidade final das preparações;
- Comunicar à Nutricionista responsável qualquer ocorrência que impossibilite a execução das preparações;
- Executar a confecção de preparações determinadas pela Nutricionista de Produção;
- Colaborar na manutenção da ordem e limpeza dos equipamentos e áreas de trabalho;
- Executar o porcionamento e a distribuição de refeições para os usuários do refeitório;
- Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento.

Do (a) Auxiliar Operacional:

- Executar as tarefas orientadas pela Auxiliar de Dietética;
- Distribuir as refeições para os pacientes, seguindo o MAPA DE DIETA sob a supervisão da Auxiliar de Dietética;
- Executar a montagem de dietas livres;
- Participar da confecção centralizada dos lanches, de acordo com a escala do Serviço;
- Solicitar, quando necessário, a substituição de insumos para garantir a qualidade final das preparações;
- Zelar pela guarda e higiene de utensílios utilizados na distribuição de refeições;
- Atender aos pedidos de alimentos sob a orientação da Nutricionista;
- Cumprir ordens e instruções de Serviço e o Regulamento.
-

As atividades do serviço de nutrição se dividirão em duas partes:

1. **Produção e Clínica:**

- A Produção será responsável pelo desenvolvimento das atividades inerentes a produção gastronômica.
- A Clínica será responsável pelo acompanhamento diário aos pacientes com adequação das dietas de acordo com o quadro clínico apresentado e as particularidades inerentes a cada patologia.

Produção:

- O Serviço de Nutrição realizará a produção e a distribuição de todos os alimentos do e terá finalidades de planejar, receber, armazenar e distribuir as refeições conforme as normas da vigilância sanitária. Funcionará diariamente sobre a supervisão de uma nutricionista que será responsável pelo planejamento e organização do setor. Essa área produzirá refeições com dietas de acordo com a prescrição dietoterápica.
- O sistema de distribuição de refeições será centralizado sendo as mesmas porcionadas e acondicionadas dentro da cozinha.

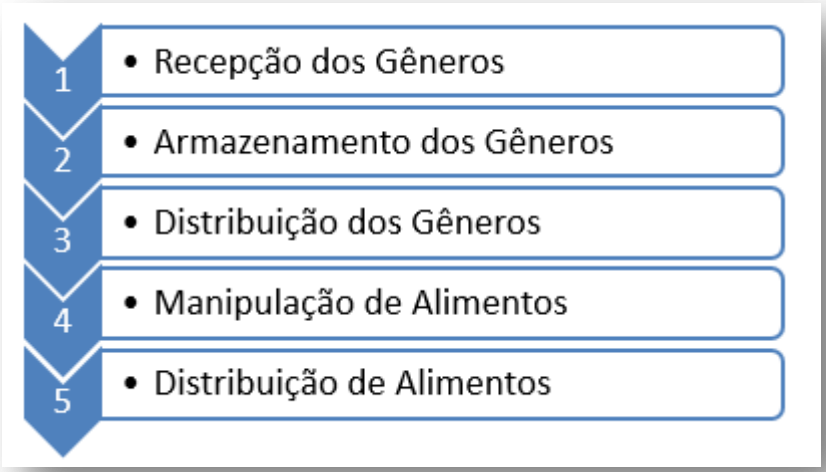
A produção das dietas seguirá alguns critérios, tais como:

As refeições serão confeccionadas conforme as Normas Higiênico-sanitárias dos Alimentos para garantir o fornecimento de refeições segura sob o ponto de vista higiênico sanitário por meio de rotinas de trabalho dentro da produção através de:

- Controle da higiene pessoal dos colaboradores;
- Avaliação da qualidade do produto e do fornecedor;
- Supervisão das dietas produzidas;
- Controle da higiene de utensílios, equipamentos e local de trabalho;
- Controle contínuo do combate as pragas;
- Controle ao acesso de visitantes e pessoal externo à área de produção de alimentos.

- As dietas pastosas, hipossódicas, para diabetes, hipoprotéicas, ricas ou pobres em fibras, etc., terão seus cardápios baseados na dieta normal/branda, com modificação na consistência das preparações e adaptações, com acréscimos ou retiradas de componentes, baseados nas necessidades do paciente.
- As Dietas Líquidas e Semilíquidas serão individualizadas, baseadas nas necessidades de cada paciente.
- As dietas especiais serão confeccionadas individualmente, e a sua composição será determinada pela Nutricionista Assistencial.

Figura 14.2.3-1 - Fluxograma para Produção de Alimentos



Recepção dos Gêneros:

- Os gêneros devem ser recebidos e conferidos pelo despenseiro, de acordo com as NOTAS DE ENTREGA do fornecedor. As notas devem ser assinadas e datadas pelo despenseiro. Este processo deve ser supervisionado pela Nutricionista e/ou pelo estagiário de Nutrição;
- Devem ser substituídos pelo fornecedor os gêneros que não atendam às especificações, que estejam com prazo de validade vencida, com embalagem danificada ou que apresentem características físicas inadequadas;
- Eventuais alterações na NOTAS DE ENTREGA ou no CRONOGRAMA DE ABASTECIMENTO devem ser comunicadas imediatamente à Nutricionista;
- Os gêneros recebidos devem ser higienizados, de acordo com o Manual de Boas Práticas do S.N.D. (MBP/SND);
- A área de recepção de gêneros deve permanecer limpa;
- Durante todo o processo de recebimento será realizado controle de quantidade e qualidade, conforme legislações vigentes constantes das Portarias: MS nº 1.428 de 26/11/1993; CVS nº 06/99 de 10/03/99.

Armazenamento dos Gêneros:

- Os gêneros devem ser armazenados em locais apropriados, de acordo com o MBP/SND;
- Os gêneros devem ser organizados de forma a facilitar o fluxo: primeiro que entra, primeiro que sai (PEPS);

- As caixas plásticas devem ser transportadas sobre carrinhos ou carregadas com as mãos;
- Os recipientes com tampas devem permanecer tampados;
- As portas das câmaras frigoríficas devem permanecer fechadas, permanecendo abertas o menor tempo possível;
- A área de armazenamento deve permanecer limpa.

O armazenamento dos produtos destinados à cozinha será dividido em duas áreas (Estocáveis e Perecíveis).

- **Estocáveis:** alimentos de maior tempo de duração ou validade como cereais, temperos, enlatados, açúcar, farináceos, café, óleo comestível, etc., além de materiais de uso e reposição como descartáveis em geral, talheres, pratos, bandejas, recipientes diversos, e outros. Estes por não necessitam de temperaturas baixas para a sua conservação, serão armazenados na despensa.
- **Perecíveis**: contam com menor tempo de duração, como ovos, legumes, frutas e verduras, portanto, serão estocados sob refrigeração, em câmara frigorífica, com a faixa de temperatura adequada para congelados, carnes, laticínios e vegetais.

Distribuição dos Gêneros:

- A distribuição de gêneros deve obedecer ao fluxo: primeiro que entra, primeiro que sai (PEPS);
- A distribuição de gêneros somente é feita mediante apresentação de requisição da Nutricionista;
- A distribuição de gêneros deve obedecer aos horários pré-estabelecidos pela Coordenação do S.N.D.;
- A substituição de gêneros só pode ser feita pela Nutricionista responsável, devendo a mesmo ser comunicada pelo despenseiro sobre esta necessidade com a devida antecedência;
- A área de distribuição de gêneros deve permanecer limpa.

Manipulação de Alimentos:

- O manipulador de alimentos deve seguir as Normas de Conduta do Manipulador e do MBP/SND;

- A distribuição de funcionários por área de trabalho deve obedecer à escala de serviço e atender às necessidades e conveniência do Serviço;
- Cada etapa da Manipulação de Alimentos é executada pelos manipuladores (Cozinheiro, Copeiro e Auxiliar de Cozinha) treinados para a execução da mesma.

Pré-preparo:

- A área de pré-preparo e os utensílios que são utilizados durante este processo devem ser previamente higienizados, de acordo com o MBP/SND;
- Os gêneros alimentícios devem ser higienizados, de acordo com o MBP/SND;
- As operações de pré-preparo devem obedecer às orientações feitas pela Nutricionista responsável;
- Qualquer alteração verificada na quantidade/qualidade dos gêneros o cozinheiro deve comunicar à Nutricionista;
- Os dejetos acumulados durante o pré-preparo devem ser colocados pelo cozinheiro nos depósitos apropriados;
- Após o pré-preparo devem ser higienizados os utensílios e as áreas utilizadas, de acordo com o MBP/SND.

Preparo:

- A operação de preparo dos alimentos deve obedecer às orientações, feitas pela Nutricionista responsável, para cada tipo de preparação;
- A área e os utensílios destinados à operação de preparo dos alimentos devem ser previamente higienizados, de acordo com o MBP/SND;
- Os equipamentos elétricos devem ser manipulados obedecendo às Normas de Segurança. Após sua utilização devem ser imediatamente desligados. Somente depois de certificar-se de que os equipamentos estão desligados pode ser iniciada a higienização dos mesmos;
- O processo de higienização dos equipamentos utilizados durante o preparo é de responsabilidade do funcionário que o manipulou;
- Os cozinheiros devem zelar pela manutenção dos equipamentos destinados ao processo de cocção dos alimentos. Os mesmos são responsáveis pela higienização, pelo desligamento dos equipamentos elétricos e pelo fechamento dos botões dos equipamentos a gás.

Distribuição de Alimentos:

- As refeições são distribuídas em horários pré-determinados pelo SND;

Quadro 14-1 - Horários

REFEIÇÃO	PÚBLICO		
	PACIENTE	ACOMPANHANTE	COLABORADOR
Desjejum	07h às 8h	07h30min às 8h	07h30min às 08h30min
Lanche manhã	09h às 10h	-	-
Almoço	11h às 12h	11h30min às 12h30min	11h às 12h
Lanche tarde	14h30min às 15h30min	14h30min às 15h30min	15h às 16h
Jantar	18h às 19h	18h às 19h	21h às 23h
Lanche noturno	20h30min às 21h	-	-
Ceia	-	-	03h30min às 04h30min

- Durante o processo de distribuição de refeições os funcionários devem seguir as normas de conduta e do Manual de Boas Práticas/SND;
- A execução das tarefas deve obedecer à Escala de Serviço do SND;
- O porcionamento das preparações deve obedecer aos per capitas preestabelecidos pelo Serviço;
- A distribuição de refeições para pacientes deve obedecer à contagem prévia diária feita pelas Nutricionistas no impresso RESUMO DE DIETA e transcritos para o impresso CONTROLE DE DIETAS;
- As auxiliares dietéticas são responsáveis pela execução das dietas de rotina e das dietas especiais;
- As auxiliares operacionais são responsáveis pela execução das dietas livres e das refeições para os acompanhantes;

- O fornecimento de refeições para funcionários fora da escala (troca de plantão, dobra ou hora extra) deve ser atendido mediante solicitação por escrita da Coordenação/Supervisão/Plantonista do Serviço solicitante, enviada ao SND até 11 horas;
- A distribuição de refeições no refeitório é feita nos horários pré-estabelecidos e divulgados pelo SND;
- A distribuição de refeições no refeitório deve obedecer à organização da fila;
- Após as refeições, os usuários devem entregar suas respectivas bandejas no guichê próprio.

Atendimento Clínico Nutricional:

Na equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional – EMTN, o atendimento do nutricionista obedecerá ao previsto na legislação RDC 63, de 06/07/2000, ANVISA/MS.

Assim, os nutricionistas clínicos do SND deverão atuar como membros da equipe assistencial para:

- Realizar avaliação e reavaliação nutricional do paciente, conforme níveis de assistência;
- Indicar os tipos de terapia nutricional mais adequado para cada caso clínico;
- Formular a nutrição adequada estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, seu fracionamento segundo horários e formas de apresentação;
- Realizar avaliação periódica do controle de qualidade das técnicas de terapia nutricional e dos resultados obtidos no tratamento dos pacientes;
- Realizar atendimento a pacientes ambulatoriais que necessitem de cuidados dietoterápicos, que estiverem em pré-operatório, pós-operatório e aqueles que necessitarem de acompanhamento nutricional após a alta hospitalar.
- Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da nutrição prescrita para o período após a alta hospitalar.

Normas Administrativas para o Serviço de Nutrição e Dietética – SND:

- Os funcionários devem se apresentar ao Serviço no horário pré-estabelecido. Haverá tolerância de 15 minutos;
- Os funcionários devem comparecer ao local de trabalho devidamente uniformizados;
- É proibido o uso do uniforme nas dependências externas;

- É proibida a entrada e circulação de pessoas estranhas ao Serviço sem autorização prévia da Coordenação e/ou Supervisão;
- Os objetos de uso pessoal, bem como as vestimentas dos funcionários devem ser guardadas nos armários destinados a este fim;
- É proibida a saída frequente do funcionário durante período de serviço. Eventual saída, só é permitida com autorização por escrito da Nutricionista responsável;
- É terminantemente proibida a entrada de funcionários nas dependências da despensa e câmaras sem autorização da Nutricionista responsável. Os despenseiros devem entrar nas câmaras o menor número de vezes possível, obedecendo ao horário de atividades;
- É obrigatório o comparecimento dos funcionários aos treinamentos aos quais os mesmos tenham sido convocados;
- É obrigatória a higienização imediata de equipamentos e utensílios utilizados nas operações de preparo dos alimentos. O responsável por este procedimento é o funcionário que o manipulou. Após utilização e higienização, os equipamentos elétricos devem ser desligados;
- É proibido fazer as refeições fora do refeitório;
- É proibido a todo e qualquer funcionário recolher sobras e/ou restos de alimentos para qualquer finalidade;
- É proibido ausentar-se do Serviço portando sacolas e/ou pacotes, sem a devida autorização;
- É proibido fumar nas dependências;
- É proibido comparecer ao Serviço sob efeito de qualquer droga;
- É proibido trocar plantões sem a autorização por escrito da Coordenação e/ou Supervisões do S.N.D.;
- As faltas ao Serviço devem ser comunicadas à Coordenação do S.N.D. Os funcionários faltosos irão ser submetido ao disposto na portaria nº 03/2009;
- Todo e qualquer funcionário pode sofrer rodízio dentro do S.N.D. para atender às necessidades do mesmo;
- É obrigatório aos funcionários comunicar à coordenação a ocorrência de problemas de saúde (doenças respiratórias, de pele, etc);
- É obrigatório aos funcionários fazer uso dos EPI´s colocados à sua disposição e seguir as Normas de Segurança do Trabalho;
- A ocorrência de acidentes de trabalho deverá ser comunicada à CIPA;
- O acesso ao S.N.D. deverá obedecer às placas indicativas;
- A substituição de funcionários em suas respectivas tarefas será feita de acordo com as necessidades do S.N.D.

- As férias deverão ser marcadas com antecedência mínima de 30 dias. Nos meses prioritários deverá ser dada preferência àqueles que ainda não saíram de férias no ano vigente;

Horários de Atendimento

O serviço de Nutrição integrará o corpo de profissionais do **HERSO** com uma equipe formada por Copeiros, Cozinheiros, Auxiliar de Cozinha, Servente, Auxiliar de Dietética, Auxiliar Administrativo e Despenseiro, podendo aumentar progressivamente de acordo com a demanda de atendimentos da região. Os atendimentos nutricionais serão realizados nos 2 turnos matutino e o vespertino de acordo com sua escala de horário de trabalho. (Escala em anexo)

14.2.4. Manual de Funcionamento do Serviço de Odontologia

Estrutura do Serviço

O Serviço de Odontologia realizará atendimentos dentro das normas e princípios estabelecidos do Sistema Único de Saúde (SUS), construindo para a assistência à saúde dos indivíduos de forma universal, holística e equitativa, com a participação comunitária, focando também na família, hábitos familiares e estilos de vida e não somente o indivíduo, em seu ambiente físico e social, dentro de sua comunidade, de sua realidade de vida familiar, facilitando assim a compreensão do processo saúde-doença com o objetivo da educação em saúde e consequentemente do autocuidado em saúde geral e bucal.

Considerando o perfil da população, em que, grande parte não tem acesso ao serviço de odontologia, buscando um profissional na maioria das vezes quando se tem alguma dor (problema já instalado), o Serviço de Odontologia do **HERSO** buscará desenvolver principalmente atividades educacionais e de orientação aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, visando intensificar em nosso Estado a prevenção de agravos, promoção à saúde e proteção de doenças, garantindo maior qualidade de vida à população da área de abrangência.

O **HERSO** irá possuir consultório odontológico, ofertando serviço Especializado de Odontologia e realizar, no mínimo, as seguintes atividades: Periodontia; Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros; Endodontia; Atendimento a Portadores de Necessidades Especiais e Diagnóstico Bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca e cirurgia bucomaxilo facial.

Normas

- Respeitar as normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas da unidade, bem como sempre seguir os princípios éticos da sua profissão;
- Realizar os atendimentos com base nos Protocolos Assistenciais e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) estabelecidos no **HERSO**, cabendo ao profissional determinar ou eleger os processos adequados a cada paciente;
- Promover atendimentos ambulatoriais, realizando uma avaliação holística do paciente, no intuito de evidenciar o melhor tratamento a ser executado, com vistas a atingir a resolução do problema, bem como evitar que novos problemas ocorram por ausência de informação e orientação;
- Realizar acolhimento do paciente e familiares, desde a sua primeira consulta, passando pelas sessões de tratamento, conclusão, referência ou contra referência do usuário
- Serão realizados trabalhos preventivos da saúde bucal. - Atenção especial a pacientes especiais - Diabéticos, hipertensos, gestantes, lactentes e cardiopatas.

Rotinas

- Realizar acolhimento e atendimento ambulatorial de todos os usuários regulados para o **HERSO** com indicação de atendimento odontológico;
- Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência do **HERSO**;
- Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal;
- Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
- Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a situação epidemiológica de saúde bucal da comunidade;
- Realizar procedimentos ambulatoriais mediante avaliação e indicações técnicas;
- Prescrever medicamentos e outras orientações em conformidade com os diagnósticos efetuados;
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais;
- Registrar todas as informações pertinentes ao atendimento do paciente e seus familiares no momento da consulta;

- Referenciar pacientes para unidades de saúde terciárias, caso o **HERSO** não tenha estrutura técnico-operacional para a intervenção que o paciente necessita;
- Participar das práticas de educação continuada na Instituição, tais como Estágios supervisionados e Serviço de Residência, dentro do âmbito da Odontologia.
- Participar e/ou realizar de pesquisas científicas em sua área de atuação e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades desta natureza.
- Desenvolver em conjunto com a equipe médica e multiprofissional ações de saúde para a comunidade, garantindo que o atendimento especializado esteja disponível para todos os usuários residentes na macrorregião;

Áreas de Abrangência

O **HERSO** terá contará com profissionais capacitados e focados na melhoria contínua do atendimento no Sistema Único de Saúde – SUS. Serão realizados atendimentos ambulatoriais para a realização de diagnósticos de lesões bucais, endodontia, periodontia, endodontia e cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros que possa feita no ambulatório.

Será implantado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica dentro o **HERSO**, tendo por objetivo imediato melhorar as condições de saúde bucal da comunidade que frequenta a unidade. Serão realizadas orientações das práticas de atenção à saúde bucal, assegurando o acesso progressivo de todas as famílias, visando estar dentro dos padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas.

Além do atendimento ambulatorial ao paciente dentro da estrutura física do **HERSO**, serão realizadas ações assistenciais que visem a prevenção de agravos à saúde junto à comunidade da macrorregião, realizando orientações de saúde à população, bem como promovendo ações educativas para os profissionais da atenção básica, por meio de cursos presenciais e à distância, bem como através de orientações de seguimento de casos clínicos através do projeto.

Horários de Atendimento

O Serviço de Odontologia integrará o corpo de profissionais do **HERSO** realizarão atendimento aos usuários, familiares/rede de apoio social, no período matutino das 7h às 13h e período vespertino das 13h às 19h de acordo com sua escala de trabalho.

14.2.5. Manual de Funcionamento do Serviço de Terapia Ocupacional

Considerando que a pessoa portadora de transtorno mental possui inúmeras dificuldades advindas de sua patologia, que interferem diretamente em seu processo de ação e de forma geral em seu processo de interação, o que o torna, na maioria das vezes, uma pessoa improdutiva que não consegue obter satisfação no que faz e, portanto, sem valor social reconhecido.

A Terapia Ocupacional é uma especialidade da área de Saúde que se utiliza da "atividade" como recurso terapêutico principal. Objetiva por meio da dinâmica estabelecida entre paciente/atividade/ terapeuta, a manutenção das capacidades sadias existentes, a recuperação de capacidades perdidas e a prevenção de novas perdas, tendo como propósito central auxiliar o paciente a tornar-se um ser ativo, produtivo e mais saudável, na medida que consiga obter satisfação naquilo que faz.

A Terapia Ocupacional pode ainda contribuir através da observação do paciente durante o processo de atividade para o Auxílio Diagnóstico e acompanhamento de progresso ou regressão do paciente.

Atribuições:

- O Serviço de Terapia Ocupacional deve responsabilizar-se pela organização e desenvolvimento das atividades terapêuticas junto ao paciente,
- Proporcionar um ambiente ativo com opções de atividades diversificadas com a finalidade de evitar a ociosidade.
- Deve compor, através de seus membros, as Equipes Técnicas de cada unidade, trabalhando de forma integrada com esta.
- Orientar e supervisionar estagiários da área.

Composição e Organização

Composição:

Coordenador do Serviço, que tem como responsabilidades:

- Representar o Serviço junto à Direção e aos Coordenadores da Unidade, bem como fazer o elo de ligação entre estes e os componentes do Serviço;
- Coordenar e supervisionar os componentes do Serviço;
- Promover material de estudos e a formação técnica dos componentes do serviço.

- Terapeutas Ocupacionais, compondo as Equipes Técnicas de cada Unidade em número correspondente às necessidades apresentadas pelo trabalho, de acordo com a avaliação da Coordenação do Serviço, da Unidade e da Direção.

Organização:

Há uma Reunião de Serviço mensal para discutir assuntos específicos, pertinentes ao mesmo.

Atividades Desenvolvidas:

a) Grupos de Terapia Ocupacional para pacientes mais regredidos ou em crise

Nestes grupos são desenvolvidas atividades que objetivam a expressão de ideias e sentimentos, a canalização de energias e a organização gradativa do paciente.

b) Oficinas Terapêuticas

Nestes grupos são desenvolvidas atividades que propiciem maior organização dos pacientes. Geralmente trabalha-se com atividades construtivas e artesanais.

d) Atividades externas

São atividades fora das Unidades, com os pacientes que possuem prescrição, com objetivos de socialização e integração grupal.

Duas atividades estarão em funcionamento:

- Passeio ecológico/.
- Festas comemorativas

O Serviço de Terapia Ocupacional responsabiliza-se pela organização das festas do ano que integram pacientes da Unidade com as equipes e os familiares.

São 3:

- Festa Junina
- Festa da Primavera
- Festa de Natal

Horários de Atendimento

O serviço de Terapia Ocupacional integrará o corpo de profissionais do **HERSO** realizarão atendimento aos usuários, familiares/rede de apoio social, no período matutino das 7h às 13h e/ou período vespertino das 13h às 19h de acordo com sua escala de trabalho.

14.2.6. Manual de Funcionamento do Serviço de Fisioterapia

Fisioterapeuta é um Profissional de Saúde, com formação acadêmica Superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Fisioterapêutico), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço (COFFITO, definição de fisioterapeuta). O fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil (Resolução COFFITO nº 424, de 08 de julho de 2013)

Fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patológica de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais (COFFITO, definição de fisioterapia).

Composição do serviço:

- Trata-se de um serviço vinculado à área assistencial, as Divisões de Gestão do Cuidado e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e à Gerência de Atenção à Saúde, com funcionamento de segunda a sexta-feira, com cobertura mínima de 12 horas diárias, nos períodos matutino e vespertino.
- O Serviço de Fisioterapia é composto por profissionais que realizam atendimento aos usuários, inclusive atuando juntamente aos familiares e acompanhantes, ministrando treinamento e orientando os mesmos quanto aos cuidados no pós-alta.
- O fisioterapeuta cumpre a rotina de passagem de plantão, avaliação e reavaliação, intervenções Fisioterapêuticas, visita Multiprofissional, evolução e registros em

prontuários, informações e orientações a familiares e pacientes, e demais membros da equipe.

- Em caso de Licenças e Afastamentos, férias ou ausência do profissional responsável pela respectiva Unidade, a chefia imediata, juntamente com a chefia da Unidade Multiprofissional e do Responsável Técnico do Serviço de Fisioterapia, decidirá sobre tais casos.

Atribuições Gerais

- As atribuições e competências do(a) Fisioterapeuta, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas(os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras.
- De acordo com as Resoluções do COFFITO e com a Descrição Sumária das Atribuições dos Cargos dos Hospitais Universitários Federais vinculados ao **HERSO**, na área assistencial (novembro/2014), segue atribuições do fisioterapeuta nas UTI'S, Clínicas Cirúrgica e Clínica Médica:
    - Avaliar o estado funcional do paciente, a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e exame da cinesia, funcionalidade e sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas.
    - Elaborar o Diagnóstico Cinesiológico Funcional, prescrever, planejar, ordenar, analisar, supervisionar e avaliar os projetos fisioterapêuticos, a sua eficácia, a sua resolutividade e as condições de alta do paciente submetido a estas práticas de saúde.
    - Estabelecer rotinas para a Assistência Fisioterapêutica, fazendo sempre as adequações necessárias.
    - Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução do quadro funcional do paciente, sempre que necessário e justificado.
    - Recorrer a outros profissionais de saúde e/ou solicitar pareceres técnicos especializados, quando necessário.
    - Reformular o programa terapêutico sempre que necessário.
    - Registrar no prontuário do paciente, as prescrições fisioterapêuticas, sua evolução, as intercorrências e as condições de alta da assistência fisioterapêutica.
    - Integrar a equipe multiprofissional de saúde, sempre que necessário, com participação plena na atenção prestada ao paciente.

- Desenvolver estudos e pesquisas relacionados a sua área de atuação.
- Colaborar na formação e no aprimoramento de outros profissionais de saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento em serviço.
- Efetuar controle periódico da qualidade e da resolutividade do seu trabalho.
- Elaborar pareceres técnicos especializados sempre que solicitados (COFFITO, atribuições).
- Atender pacientes para prevenção, habilitação e reabilitação, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia;
- Prescrever órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico (Portaria SAS/MS Nº 661, de 02 de dezembro de 2010);
- Desenvolver programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;
- Participação em comissões e conselhos;
- Realizar ações de promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação;
- Realizar demais atividades inerentes ao emprego

Rotinas Operacionais

- O Fisioterapeuta, enquanto participante da equipe multidisciplinar da instituição e visando praticar o exercício de sua profissão de forma interdisciplinar, deve colaborar com os seus conhecimentos na assistência ao ser humano, devendo envidar todos os esforços para o desenvolvimento de um trabalho harmônico na equipe. Para tanto, as condutas devem ser sistematizadas, baseadas em evidências científicas e nas boas práticas.
- Sendo assim, são procedimentos rotineiros na atuação dos fisioterapeutas das unidades UTI, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica:
- Identificar-se e apresentar-se perante a equipe multidisciplinar, os clientes/pacientes/usuários e seus familiares/cuidadores;
- Participar das visitas multidisciplinares e discussões interdisciplinares, a fim de conhecer o quadro clínico dos clientes/pacientes/usuários e proporcionar uma assistência de maior qualidade;
- Discutir o caso dos clientes/pacientes/usuários, sempre que julgar necessário e pertinente;
- Verificar, sistematicamente, no início de cada turno de trabalho, as solicitações de Inter consulta fisioterapêutica;
- Documentar todas as condutas efetuadas no prontuário dos clientes/pacientes/usuários;

- Coletar de forma sistemática indicadores sobre a qualidade do atendimento e da evolução do quadro funcional dos clientes/pacientes/usuários;
- Informar ao paciente/paciente/usuário quanto à consulta fisioterapêutica, diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos, objetivos do tratamento, condutas e procedimentos a serem adotados, esclarecendo-o ou o seu responsável legal (Resolução COFFITO nº 424, de 08 de julho de 2013, Art. 14º, inciso V);
- Atuar, quando solicitado pela instituição e desde de que respeitados o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, as atribuições do profissional fisioterapeuta e as legislações pertinentes à profissão, como preceptor ou orientador na formação profissional de estudantes de graduação e pós-graduação;
- No exercício da docência, preceptoria, pesquisa e produção científica, o fisioterapeuta deverá nortear sua prática de ensino, pesquisa e extensão nos princípios deontológicos, éticos e bióticos da profissão e da vida humana, observando:
    - Que é responsável por intervenções e trabalhos acadêmicos executados por alunos sob sua supervisão;
    - Que é responsável por ações realizadas por residentes sob sua preceptoria;
    - Que deve primar pelo respeito à legislação atinente aos estágios, denunciando ao Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional qualquer fato que caracterize o exercício ilegal da profissão pelo acadêmico ou sujeição do acadêmico a situações que não garantam a qualificação técnico-científica do mesmo (Resolução COFFITO nº 424, de 08 de julho de 2013, Art. 41º, incisos II, IV e VI);
- Prescrever órteses e próteses não-relacionadas ao ato cirúrgico, retirando as medidas antropométricas do paciente/paciente/usuário necessárias à confecção das mesmas.

Horários de Atendimento

O serviço de fisioterapia integrará o corpo de profissionais do **HERSO** realizarão atendimento aos usuários, familiares/rede de apoio social, no período matutino das 7h às 13h e período vespertino das 13h às 19h de acordo com sua escala de trabalho.

14.2.7. Manual de funcionamento do Serviço de Fonoaudiologia

Disposições preliminares da natureza e finalidade:

A Fonoaudiologia Hospitalar no **HERSO** pode ser definida como o conjunto de ações voltadas à prevenção, habilitação, reabilitação e tratamento dos pacientes por meio de

avaliação, diagnóstico e acompanhamento fonoaudiólogico, bem como orientação aos pacientes, familiares, cuidadores e demais envolvidos, visando a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida.

Composição do serviço:

O serviço é de caráter assistencial de funcionamento de segunda a sexta-feira no período diurno, vinculado à Unidade Multiprofissional e à Divisão de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico e à Gerência de Atenção à Saúde.

O serviço é composto por três profissionais Fonoaudiólogos que atendem as demandas do Alojamento Conjunto; Ambulatório; Enfermaria Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Unidade de Cuidados Intermediários; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Em caso de Licenças e Afastamentos, férias ou ausência do profissional responsável por um determinado setor, a chefia imediata que vai decidir sobre a demanda a ser atendida.

Atribuições Gerais

- As atribuições e competências da Fonoaudiologia em ambiente hospitalar são regidas pelo Código de Ética da Fonoaudiologia, o qual regulamenta os direitos e os deveres e estabelece as infrações dos fonoaudiólogos inscritos nos Conselhos Regionais de Fonoaudiologia (CRFa), segundo suas atribuições específicas.
- Segundo o Art 5º do Código de Ética da Fonoaudiologia constituem direitos gerais do fonoaudiólogo, nos limites de sua competência e atribuições,
- Exercer a atividade profissional sem ser discriminado;
- Exercer a atividade profissional com ampla autonomia e liberdade de convicção;
- Avaliar, solicitar e realizar exame, diagnóstico, tratamento e pesquisa; emitir declaração, parecer, atestado, laudo e relatório; exercer docência, responsabilidade técnica, assessoramento, consultoria, coordenação, administração, orientação;
- realizar perícia, auditoria e demais procedimentos necessários ao exercício pleno da atividade, observando as práticas reconhecidas e as legislações vigentes no país;
- Realizar estudos e pesquisas com liberdade, de forma a atender à legislação vigente sobre o assunto;
- Utilizar tecnologias de informação e comunicação de acordo com a legislação em vigor;

- Opinar e participar de movimentos que visem à defesa da classe; VII - Requerer desagravo junto ao CRFa de sua jurisdição, quando atingido no exercício da atividade profissional;
- Consultar o Conselho Federal de Fonoaudiologia e o Conselho Regional de Fonoaudiologia de sua jurisdição quando houver dúvidas a respeito da observância e aplicação deste Código, da Lei nº 6.965/1981, do Decreto nº 87.218/1982 e das normativas do CFFa;
- Determinar com autonomia o tempo de atendimento e o prazo de tratamento ou serviço, desde que não acarrete prejuízo à qualidade do serviço prestado, com o objetivo de preservar o bem-estar do paciente e de respeitar a legislação vigente;
- Recusar-se a exercer a profissão quando as condições de trabalho não forem dignas e seguras;
- Colaborar nas áreas de conhecimento da Fonoaudiologia, em campanhas que visem ao bem-estar da coletividade;
- Exercer o voluntariado de acordo com a legislação em vigor. Art. 6º. No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 6º do Código de Ética da Fonoaudiologia estabelece:
- Conhecer, observar e cumprir a Lei no 6.965/1981, o Decreto no 87.218/1982, o Código de Ética, bem como as determinações e normas emanadas do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia;
- Atender às convocações e cumprir as determinações e normas emanadas do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia;
- Exercer a atividade de forma plena, utilizando-se dos conhecimentos e recursos necessários, para promover o bem-estar do paciente e da coletividade e respeitar o ecossistema;
- Apontar falhas nos regulamentos e normas de instituições quando as julgar incompatíveis com o exercício da atividade ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes;
- Assumir responsabilidades pelos atos praticados;
- Resguardar a privacidade do paciente;
- Utilizar seu nome, profissão e número de registro no CRFa de sua jurisdição, em qualquer procedimento fonoaudiológico do qual tenha efetivamente participado, acompanhado de rubrica, assinatura ou certificado digital;
- Manter seus dados cadastrais atualizados junto ao Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia;
- Portar a carteira ou a cédula de identificação profissional sempre que em exercício;

- Tratar com urbanidade e respeito os representantes e empregados das entidades da categoria, quando no exercício de suas atribuições, de modo a facilitar o seu desempenho;
- Informar aos órgãos e serviços competentes qualquer fato que comprometa a saúde e a vida;
- Servir, imparcialmente, à Justiça
- Notificar doenças e agravos, conforme a legislação vigente;
- Incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar e transdisciplinar;
- Manter o respeito às normas e aos princípios éticos da profissão, inclusive nas redes sociais;
- Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família, à coletividade e ao meio ambiente;
- Assegurar que a intervenção fonoaudiológica não trará danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência;
- Prestar adequadas informações a respeito dos riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência fonoaudiológica;
- Colaborar com as equipes de saúde, educação e assistência social no esclarecimento a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de sua intervenção;
- Cumprir a legislação específica do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia, quando na condição de fonoaudiólogo responsável técnico (RT);
- Pagar pontualmente as anuidades, taxas e emolumentos do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia;
- Divulgar os preceitos deste código. Art. 7°. Compete ao Fonoaudiólogo que exerce suas atribuições na área assistencial do **HERSO**:
- Orientar e treinar a equipe para identificação e encaminhamento para avaliação dos pacientes com possíveis alterações fonoaudiológica;
- Realizar avaliação clínica das funções de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição;
- Realizar intervenção nas alterações fonoaudiológica encontradas em avaliação clínica – habilitação, reabilitação, compensação, adaptação e gerenciamento dos distúrbios apresentados;
- Realizar avaliação, acompanhamento e evolução dos lactentes em relação ao treino da amamentação e às condições sensório-motoras-orais; bem como realizar orientações ao binômio (mãe-bebê) sobre o manejo clínico da lactação;

- Realizar assistência à alimentação adequando a consistência alimentar, o volume, o ritmo da oferta, os utensílios, as manobras e as posturas necessárias para administração da dieta por via oral de forma eficiente e segura;
- Colaborar na indicação de colocação e retirada de via alternativa de alimentação, além de realizar pareceres e estabelecer condutas nos casos atendidos;
- Realizar avaliação, acompanhamento e evolução dos aspectos relacionados com a fonação, a articulação e a linguagem oral;
- Realizar triagem auditiva neonatal universal (TANU) nos pacientes nascidos neste nosocômio, bem como o acompanhamento dos casos alterados. Indicar encaminhamentos para avaliações e intervenções complementares quando houver critérios de risco;
- Estabelecer terapias, estimulações específicas a cada caso e acompanhamentos necessários para as alterações encontradas nos pacientes atendidos;
- Discutir os casos com a Equipe Multiprofissional;
- Orientar, junto com os demais profissionais de saúde, o paciente, a família ou o responsável legal, quanto aos cuidados relacionados às funções de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição;
- Garantir os registros do acompanhamento e das condutas fonoaudiólogica, preenchendo e mantendo atualizados os prontuários clínicos;
- Participar e promover atividades de educação continuada, garantindo a atualização da equipe sobre aspectos relacionados à Fonoaudiologia.

Rotinas operacionais

As iniciativas abaixo descritas referem-se a todos os membros da equipe multiprofissional, sem exceções:

- Todos os membros da equipe multiprofissional devem seguir as normas e condutas éticas específicas dos seus respectivos conselhos profissionais;
- Colaborar para a manutenção de um ambiente harmonioso de trabalho, fomentando um ambiente livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais;
- Fomentar o desenvolvimento de relações de trabalho de forma ética e justa entre os membros da equipe;
- Executar as atribuições inerentes aos seus respectivos cargos, buscando uma melhor assistência aos usuários atendidos;

- Efetuar o registro de toda a assistência prestada de forma clara, objetiva, cronológica, legível e completa, utilizando para isso o sistema do **HERSO**;
- Preencher os livros de ocorrência e livros de registros pertinentes conforme sua categoria profissional;
- Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Profissional de sua respectiva categoria;
- Conhecer e cumprir o Código de Ética e Conduta Do **HERSO**;
- Prestar esclarecimentos a pacientes, familiares e outros membros da equipe sobre procedimentos, fatos e dados que sejam de sua competência;
- Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal;
- Utilizar vestimentas adequadas;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual conforme as recomendações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Serviço de Saúde Ocupacional e do Trabalho (SOST);
- Não utilizar adornos de qualquer natureza (brinco, colar, pulseira, relógio, aliança, anel) conforme recomendações vigentes;
- Cumprir as determinações emanadas das chefias imediatas, bem como das instâncias superiores dentro do **HERSO**.

Horários de Atendimento

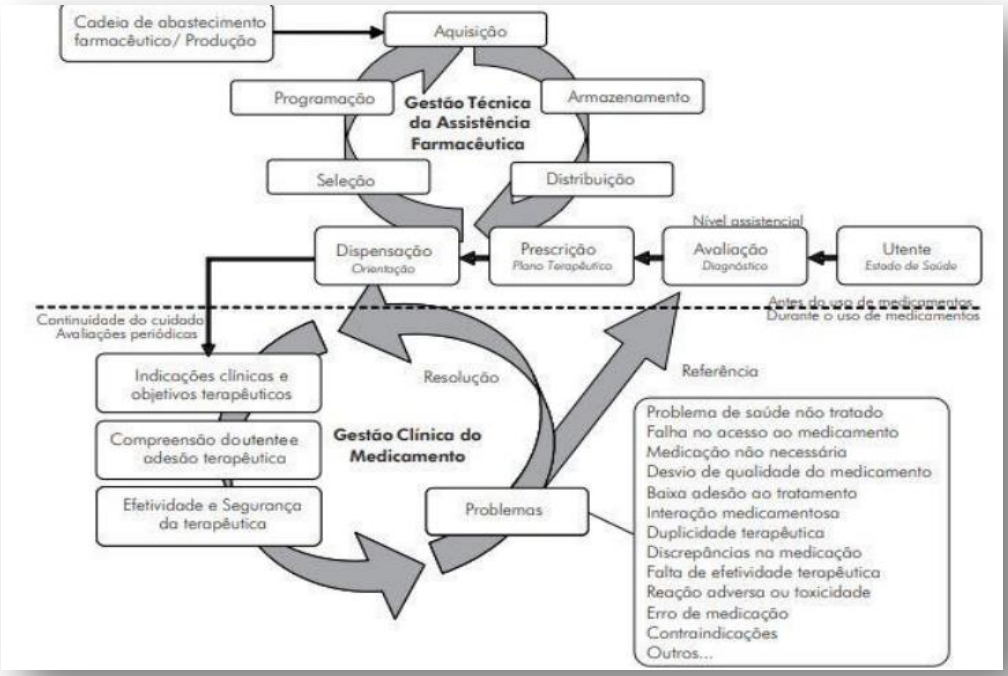
Os serviços de fonoaudiologia integrarão o corpo de profissionais do **HERSO** realizarão atendimento aos usuários, familiares/rede de apoio social, no período matutino das 7h às 13h e período vespertino das 13h às 19h de acordo com sua escala de trabalho.

14.2.8. Manual de Funcionamento do Serviço de Farmácia

As ações da Assistência Farmacêutica devem promover a integração entre a gestão técnica da assistência farmacêutica e a gestão clínica do medicamento. Enquanto as ações ligadas à gestão técnica (ações gerenciais) dão suporte à prescrição e dispensação dos medicamentos, a gestão clínica do medicamento (ações assistenciais) visa garantir que o

cuidado envolvendo o uso do medicamento tenha continuidade após o ato da entrega dos produtos. O modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde foi proposto por Correr et al.

Figura 14.2.8-1 - Modelo Lógico-Conceitual da Assistência Farmacêutica Integrada



Gestão Técnica:

- Planejar, coordenar e executar as atividades de assistência farmacêutica, no âmbito da saúde pública;
- Gerenciar o ciclo logístico da Assistência Farmacêutica (selecionar, programar, receber, armazenar, distribuir e dispensar medicamentos e produtos para a saúde), com garantia da qualidade dos produtos e serviços;
- Treinar e capacitar os recursos humanos envolvidos na assistência farmacêutica.
- Gestão clínica: Prestar serviços clínicos farmacêuticos aos usuários, especialmente, aos que necessitem acompanhamento constante, como os de doenças crônicas;
- Acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos pela população, para evitar usos incorretos;
- Educar e informar aos profissionais de saúde sobre o uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que otimizem a segurança e racionalidade na prescrição, na dispensação e no uso de medicamentos.

Objetivo:

O presente Manual tem o objetivo de apresentar normatizações e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços farmacêuticos no ambiente hospitalar, a fim de garantir a qualidade dos serviços gerenciais e assistenciais farmacêuticos

Abrangência:

Este Manual aplica-se aos Serviços Farmacêuticos desenvolvidos nos hospitais **HERSO**, respeitando-se as particularidades de cada estabelecimento. Sua atualização deve ser verificada no mínimo a cada dois (2) anos.

No ambiente hospitalar os serviços farmacêuticos são desenvolvidos, principalmente, nos departamentos:

- Núcleo de Farmácia Hospitalar (NFH);
- Núcleo de Farmácia Clínica (NFC);

Gestão:

- A direção técnica da Farmácia Hospitalar é responsabilidade exclusiva de farmacêutico regularmente inscrito no Conselho Regional de Farmácia, e deve estar focada em prestar assistência farmacêutica conforme a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF (Resolução CNS Nº 338/2004), a Política Nacional de Medicamentos (Portaria MS 3.916/1998) e demais normativas.
- A gestão é conceituada por Barreto e Guimarães (2010) com um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados. São objetivos principais da gestão da farmácia hospitalar:
    - Garantir o abastecimento, dispensação, acesso, controle, rastreabilidade e uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde;
    - Assegurar o desenvolvimento de práticas clínico-assistenciais que permitam monitorar a utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde;
    - Otimizar a relação entre custo, benefício e risco das tecnologias e processos assistenciais;
    - Desenvolver ações de assistência farmacêutica, articuladas e sincronizadas com as diretrizes institucionais; e
    - Participar ativamente do aperfeiçoamento contínuo das práticas da equipe de saúde.

- Provenham estrutura organizacional e infraestrutura física que viabilizem as suas ações, com qualidade, utilizando modelo de gestão sistêmico, integrado e coerente, pautado nas bases da moderna administração, influenciando na qualidade, resolutividade, e custo da assistência, com reflexos positivos para o usuário, estabelecimentos e sistema de saúde, devidamente aferidos por indicadores; vigente, bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde como referência, para a seleção de medicamentos;
- Promovam programa de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares;
- Incluam a farmácia hospitalar no plano de contingência do estabelecimento;
- Habilitem a efetiva participação do farmacêutico, de acordo com a complexidade do estabelecimento, nas Comissões administrativas e assistenciais, tais como:
- Farmácia e Terapêutica, Comissão Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e outras que tenham interface com a assistência farmacêutica.
- Para o acompanhamento das atividades da farmácia em hospitais, recomenda-se a adoção de indicadores de gestão, logísticos, de assistência ao paciente e de educação, conforme pactuados em cada Núcleo hospitalar

Documentos Obrigatórios da Farmácia Hospitalar:

Os documentos comprobatórios da regularidade da Farmácia Hospitalar deverão estar disponíveis para consulta sempre que necessário, são eles:

- Certidão de Regularidade Técnica, expedido pelo CRF/DF;
- Orientamos a inscrição de todos os farmacêuticos regulares do Núcleo de Farmácias Hospitalar no CRF, designando o chefe do NFH como o "Diretor Técnico" (nomenclatura empregada pelo CRF ao farmacêutico titular na certidão);
- Manual de Boas Práticas Farmacêuticas, incluindo seus Procedimentos Operacionais Padrão (POPs).
- Manuais e POPs podem complementar os documentos
- Demais documentos podem ser necessários considerando particularidades do serviço e da unidade.

Logística Farmacêutica:

- A farmácia hospitalar deve participar ativamente do gerenciamento de tecnologias que englobam ações de qualificação de fornecedores, recebimento, armazenamento,

fracionamento/unitarização, distribuição, dispensação e controle dos medicamentos e produtos de saúde, usados pelos pacientes em atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, hospitalar (internamento e ambulatorial) e domiciliar.

- As políticas e procedimentos que regulam estas atividades devem, sempre que cabível, estar pactuados com as equipes multiprofissionais e comissões assessoras.
- A implantação de um sistema seguro e racional de distribuição de medicamentos e produtos para a saúde deve ser priorizada pelo estabelecimento de saúde e pelo farmacêutico, de forma a buscar processos que garantam a segurança do paciente e a orientação necessária ao uso racional do medicamento.
- As atividades gerenciais da logística farmacêutica geralmente são representadas pelo "Ciclo da Assistência Farmacêutica".

Figura 14.2.8-2 - Ciclo da Assistência Farmacêutica

Programação:

- A programação de medicamentos e o gerenciamento de estoques são atividades fundamentais, e que se relacionam diretamente com a disponibilidade, acesso, taxa de abastecimento/desabastecimento, e eventuais perdas.
- Resumidamente, programar é definir os quantitativos dos medicamentos, previamente selecionados, que devem ser adquiridos para evitar a descontinuidade/ruptura do abastecimento.
- Enquanto uma programação subestimada pode ocasionar descontinuidade da assistência à saúde, uma programação superestimada problemas de armazenamento/organização e alto risco de perda por vencimento e extravio.

- Estabelecer sua relação de produtos padronizados
- Conhecer o Consumo Médio Mensal (CMM)
- Conhecer a quantidade existente em estoque em seu hospital de cada produto.

Entre as características que podem influenciar o tempo de provisão de estoque temos:

- Frequência de reposição: conhecer a capacidade de reposição pelo local abastecedor (semanal, quinzenal, mensal, ou outra periodicidade) influencia diretamente na estratégia de abastecimento dos produtos;
- Curva ABC: itens da curva A, por terem maior representatividade financeira devem ter abastecimentos menores, a fim de melhorar o fluxo financeiro de forma geral, e diminuir riscos de perda/vencimento;
- Termolábeis: itens que exigem armazenamento em câmara de refrigeração, ou outro ambiente de temperatura controlada, devem ter seu tempo de provisão restringido em razão de limitações de espaço;
- Validade curta: itens perecíveis, ou com validade conhecidamente curta, como alimentos, dietas e medicamentos manipulados, devem considerar esse tempo de validade na programação;
- Grande volume: itens que exigem grandes espaços de armazenamento, como soros de grande volume e alguns tipos de materiais de enfermagem, podem exigir provisionamentos menores.

Figura 14.2.8-3 - Tempo de provisão por tipo de produto

Tabela 1. Tempos de provisão de estoque por tipo de produto.

Tipo de produto	Tempo de Provisão de Estoque
Curva A	Máximo 45 dias
Termolábeis	Conforme capacidade de estocagem, sendo máximo 45 dias
Validade curta	Máximo 45 dias
Grande volume	Conforme capacidade de estocagem, sendo máximo 45 dias
Demais	Máximo 60 dias

Aquisição:

A aquisição consiste no conjunto de procedimentos administrativos, jurídicos e técnicos aos quais está sujeita a compra de medicamentos e demais produtos para saúde

No caso de medicamentos é exigido:

- Atestado(s) de Capacidade Técnico Operacional;
- Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE), emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ou Autorização Especial (AE), quando se tratar de medicamentos ou substâncias sujeitos a controle especial;
- Alvará Sanitário (ou Licença Sanitária) Estadual/Municipal/Distrital (vigente), conforme disposto na Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, regulamentado no Decreto nº 74.170 de 10 de junho de 1974;
- Certificado de Registro do Produto, em plena validade, podendo ser cópia autenticada da publicação no Diário Oficial da União;
- Certidão de Regularidade Técnica, vigente, expedida pelo Conselho Regional de Farmácia do estado onde se situar a instituição vencedora, conforme Resolução CFF nº 577/2013

Armazenamento:

- O principal objetivo do armazenamento é garantir a organização e a manutenção da qualidade dos insumos farmacêuticos sob condições adequadas de estocagem, assim como manter um controle de estoque eficaz, e facilitar sua disponibilidade para as etapas seguintes (distribuição e dispensação).
- A etapa envolve as atividades de recebimento, estocagem, conservação, controle de estoque, e fracionamento/unitarização, de forma a garantir a manutenção das características físico-químicas, microbiológicas e farmacêuticas.

Para assegurar as condições ideais de conservação em CAFs e Farmácias, e contribuir para a manutenção da estabilidade dos medicamentos, são recomendados alguns requisitos básicos:

- Localização: deve estar localizada em regiões de fácil acesso para o recebimento e distribuição dos produtos, além de dispor de espaço suficiente para movimentação e circulação de pessoas, produtos, equipamentos e veículos (se for o caso), estando longe de fontes de calor e contaminação;

- Identificação externa: recomenda-se a correta identificação dos locais de armazenagem, de forma visível, por meio de nome, logotipo e placas indicativas;
- Acesso: para otimizar a funcionalidade dos serviços, deve ser de fácil acesso, com plataformas que facilitem os procedimentos de carga/descarga, vias de acesso desobstruídas, e área de manobra suficiente e estacionamento para carros e caminhões;
- Sinalização interna: espaços e áreas devem ser sinalizados por meio de placas indicativas (paletes, estantes, gavetas, extintores de incêndio, rota de fuga, etc.);
- Condições ambientais: deve apresentar condições adequadas de temperatura, ventilação, luminosidade e umidade, permitindo, ainda, boa circulação e organização, facilitando a limpeza e o controle de pragas;
- Higienização: a área de armazenagem deve ser higienizada constantemente. A limpeza, além de demonstrar aspecto de organização, é uma norma de segurança que deve ser rigorosamente seguida, ainda mais tratando-se de serviços de saúde;
- Segurança: devem ser estabelecidos mecanismos e equipamentos de segurança - Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) - à proteção das pessoas e produtos em estoque;
- Controle sanitário: o programa de sanitização, incluindo desratização e desinsetização, deve ser executado por instituição licenciada para este fim perante os órgãos competentes e os registros da execução das atividades deverão ser armazenados no estabelecimento.
- Limpeza: caso a limpeza seja realizada por meio da contratação de instituição terceirizada, o responsável técnico pelo setor deverá realizar a inspeção rotineiramente a fim de assegurar que os procedimentos adotados pela instituição são suficientes para atender as necessidades do setor. Cada setor/farmácia deverá possuir Controle de Registro de Limpeza ou deverá realizar o registro no modelo fornecido pela instituição terceirizada.
- Equipamentos e acessórios: os equipamentos e acessórios utilizados devem ser em número suficiente e adequados, levando-se em consideração o tipo e volume de produtos, a forma de organização do estoque, e a movimentação dos mesmos. Os locais de armazenagem devem apresentar instalações elétricas, sanitárias, equipamentos e acessórios adequados, bem como suas instalações interiores devem apresentar superfícies lisas, sem rachaduras e sem desprendimento de pó, facilitando a limpeza e não permitindo a entrada de roedores, aves, insetos ou quaisquer outros animais.
- Infraestrutura:

- Piso: deve ser plano e lavável, de material adequado de modo a facilitar sua higienização frequente, e suficientemente resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos. A espessura do piso deve estar de acordo com o quantitativo de cargas, para evitar rachaduras e fissuras;
- Paredes: devem possuir cor clara, que evidencie o acúmulo de sujidades, com pintura lavável e livre de infiltrações e umidade;
- Portas: devem ser pintadas a óleo, ou preferencialmente esmaltadas ou de alumínio; Teto: deve facilitar a circulação de ar, ou outras alternativas que promovam a circulação/troca de ar, e contribua para a manutenção das condições de temperatura e umidade;
- Janelas: devem possuir telas de proteção contra a entrada de animais;

Tabela 14.2.8-1 - Áreas da Farmácia

Área	Descrição
Administrativa	Destinada às atividades administrativas, deve estar localizada, de preferência, próxima à entrada da área para maior controle das ações e circulação de pessoas e materiais. Nesta área estão as salas de escritório, vestiário, banheiros, e demais áreas destinadas a atividades administrativas.
Recepção	Destinada ao recebimento e conferência dos produtos que estão sendo entregues. Sua localização preferencial é junto a um acesso externo, ou doca de descarga. Deve possuir alertas de cuidados e procedimentos fixados e visíveis, escritos de forma clara e objetiva.
Estocagem ou guarda	Pode ter diferentes áreas de estocagem, conforme com a natureza dos materiais e medicamentos a serem armazenados, como: controle especial, Termolábeis, Imunobiológicos, inflamáveis (os de grande volume devem ser armazenados em ambiente separado), produtos químicos e material médico-hospitalar, etc. Cada área deve estar sinalizada e identificada de forma a favorecer sua visualização. O fluxo de pessoas deve ser

	restrito aos colaboradores do setor.
Expedição	Destinada ao preparo, conferência e liberação dos produtos a serem distribuídos e/ou dispensados. Deve, preferencialmente, estar separada fisicamente da área de recebimento, e deve evitar o cruzamento de fluxos de entrada e saída.
Quarentena	Destinada à segregação física dos materiais rejeitados, vencidos, recolhidos ou devolvidos, enquanto aguardam destinação específica.

Boas Práticas de Recebimento

Tratam do ato de recebimento e conferência dos produtos solicitados e recebidos. As conferências primárias e indispensáveis do processo de recebimento são:

- Quantidade recebida e a solicitada;
- Integridade e adequação da embalagem;
- Temperatura de recebimento de Termolábeis;
- Registrar/confirmar as entradas no sistema informatizado

Recebimento de Doações:

Considerando a impossibilidade de garantir a qualidade de produtos e medicamentos oriundos de doações, seja quanto a sua procedência ou quanto a falta de controle em relação às condições em que os produtos e medicamentos foram submetidos, as farmácias hospitalares da SES/GO só estarão autorizadas a receber doações mediante a existência de regulamentação da Secretaria sobre o tema.

Boas Práticas de Estocagem:

- Tratam das atividades relacionadas à guarda dos insumos farmacêuticos, de forma a garantir a segurança e manutenção das características de qualidade. Para tanto, são necessários conhecimentos técnicos sobre os produtos a armazenar e sobre a gestão de estoques.
- Os medicamentos e produtos para saúde deverão ser armazenados de forma ordenada, em conformidade com as especificações do fabricante e legislação vigente, de forma a garantir a manutenção de sua identidade, integridade, qualidade, segurança, eficácia e rastreabilidade.
- Deve-se proteger os medicamentos da luz solar direta, umidade, poeira e alta temperatura;
- O local de armazenamento deve ser bem iluminado e ventilado, de modo a evitar confusões e acidentes de trabalho;
- Manter registros diários de controle de temperatura externa (ambiente: 15 a 30 °C), da interna (refrigeradores: 2 a 8°C), e da umidade;
- Identificar gavetas, prateleiras e estrados com nome do produto (código, descrição, dosagem e apresentação), a fim de evitar trocas e armazenamento em locais inadequados;
- Organizar os medicamentos em áreas por forma farmacêutica, grandes volumes, ou outras divisões conforme especificidades da farmácia. A posição dos medicamentos em bins e prateleiras de seguir, preferencialmente, a ordem alfabética, inclusive os armazenados em câmaras de refrigeração. Algumas poucas exceções para produtos de grande movimentação podem ser factíveis, a fim de facilitar as rotinas de separação;
- Manter os produtos com prazo de validade mais curto à frente, para que saiam primeiro (PVPS: primeiro a vencer, primeiro a sair);
- Conservar os produtos em suas embalagens originais até o fracionamento, e desde então manter sua identificação (princípio ativo, dose, lote, validade, etc.);
- Observar o empilhamento máximo, de acordo com as recomendações do fabricante;
- Afastar das paredes as gavetas, prateleiras ou outros tipos de suporte de medicamentos, de forma que facilite a limpeza e inspeção do local, assim como evite a transferência de calor e umidade;
- Não armazenar os produtos diretamente no chão ou encostados nas paredes.
- A distância da parede de ser de, no mínimo 10cm, e de 1m em relação ao teto;
- Armazenar, preferencialmente, itens volumosos e pesados próximos à área de saída, para facilitar a movimentação.
- Proibir a entrada de alimentos nos locais de estocagem;

Classificação ABC:

Conforme Paterno (1990), o economista italiano Wilfredo Pareto (1842-1923) estudou a distribuição de renda na população em 1897. Ele percebeu que, naquela época, apenas uma pequena porcentagem da renda era destinada para a grande maioria da população, sendo que uma grande porcentagem se concentrava nas mãos de uma minoria. Desde então, a classificação ABC tornou-se um método conhecido pela grande utilidade para controle e gerenciamento.

- Classe A representa a menor quantidade de itens com o maior custo financeiro, que devem ser gerenciados com atenção especial;
- Classe B representa os itens com valor intermediário de quantidade e de custo financeiro;
- Classe C representa o grupo de maior quantidade de itens com o menor custo financeiro, que podem justificar menor atenção no momento do gerenciamento.

Classificação XYZ;

Considera a relevância do medicamento/material para o paciente/paciente. Segundo Vecina Neto; Reinhardt Filho (1998), sua análise tem o objetivo de melhorar ainda mais a gestão de estoques, tomando sempre providências adicionais em relação aos itens Z, ou seja, os mais importantes do processo assistencial. Dessa forma tem-se:

- Itens "X": Não são imprescindíveis para a realização de um procedimento ou terapia; A falta não afeta as rotinas vitais; podem ou não ter substitutos equivalentes.
- Itens "Y": Imprescindíveis para a realização de um procedimento ou terapia; A falta pode prejudicar a realização de atividades vitais, mas pode reverter-se em alteração momentânea nos procedimentos da rotina, paralisação ou redução das atividades; possuem substitutos ou equivalentes.
- Itens "Z": Imprescindíveis para a realização de um procedimento ou terapia; A falta pode prejudicar a realização de atividades vitais; não possuem substitutos ou equivalentes.

Fracionamento e Unitarização:

Conforme a RDC 67/2007 da ANVISA, que trata das boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias, as definições de fracionamento e unitarização são:

> "Fracionamento em serviços de saúde: procedimento que integra a dispensação de medicamentos na forma fracionada efetuado sob a supervisão e responsabilidade de profissional farmacêutico habilitado, para atender à prescrição ou ao tratamento correspondente nos casos de medicamentos isentos de prescrição, caracterizado pela subdivisão de um medicamento em frações individualizadas, a partir de sua embalagem original, sem rompimento da embalagem primária, mantendo seus dados de identificação."
>
> "Unitarização de doses de medicamento: procedimento efetuado sob responsabilidade e orientação do farmacêutico, incluindo, fracionamento em serviços de saúde, subdivisão de forma farmacêutica ou transformação/derivação em doses previamente selecionadas, desde que se destinem à elaboração de doses unitarizadas e estáveis por período e condições definidas, visando atender às necessidades terapêuticas exclusivas de pacientes em atendimento nos serviços de saúde."

O fracionamento/unitarização que tratamos neste tópico considera apenas medicamentos sólidos não-estéreis, os quais possuem menor risco de contaminação, assim como ao operador.

Quadro 14-2 - Fracionamento e Unitizarão

Etapa	Descrição
Conferência	Separar as embalagens primárias e secundárias do medicamento a ser fracionado/unitarizado, contabilizando a quantidade inicial e conferindo se todas as embalagens são do mesmo produto: • Mesma descrição • Mesma forma farmacêutica • Mesma dosagem • Mesmo lote/validade Sugere-se ainda manter, durante todo o processo, uma amostra da embalagem primária/secundária do produto (inteira ou parcial) que contenha as informações

	originais.
Confecção e conferências das novas etiquetas	Devem ser criadas novas etiquetas, em número semelhante ao montante separado para o processo (é desaconselhado produzir mais etiquetas do que o necessário, pelo risco de identificação equivocada, e economia de recursos). As etiquetas devem conter as informações mínimas (descritas em POP) e serem conferidas por um segundo operador.
Recorte do blíster / desblistamento / Retirada de frasco multidose	Deve se cortar as cartelas/blísteres de medicamentos, evitando-se romper o compartimento que contém o medicamento. O corte deve ser realizado por operador treinado, e com instrumentos adequados (tesoura ou guilhotina). O desblistamento só deve ser realizado nos produtos em que não é possível manter a integridade do compartimento que contém os medicamentos, e, nestes casos, a validade deve ser reduzida a 25% do restante da validade existente (conforme RDC 67/2007 ANVISA).

Selagem e etiquetagem	De posse dos medicamentos individualizados e das novas etiquetas, produzir saquinhos/envelopes individualizados contendo uma 1 (uma) unidade posológica do medicamento, e suas informações técnicas. Contendo, no mínimo: • Nome, forma farmacêutica e dosagem do medicamento • Lote • Validade • Nome do farmacêutico responsável
Conferência e revisão do Farmacêutico	Ao final do processo deve ser contabilizada a quantidade final, e comparada com a quantidade inicial, sendo que as perdas devem ser informadas ao farmacêutico com a devida justificativa. Antes de colocar o produto nas prateleiras/bins para distribuição/dispensação é necessário a conferência do farmacêutico. Nesta conferência o profissional deverá confrontar as informações do rótulo com a embalagem primária/secundária original do produto (que foi separada no início do processo), a homogeneidade do lote fracionado (comparando se todas as unidades são semelhantes, e se é possível confirmar dados de descrição e dosagem), e a ficha do processo de unitarização, que deve ser assinada.

Figura 14.2.8-4

Sobre essa questão, tecemos algumas considerações:

- Cada dispensário deve definir sua lista de itens a manter em estoque, conforme as especialidades e serviços que atende;
- É preferível que o transporte dos pedidos dos dispensários seja realizado no turno noturno, desde que haja condições logísticas e administrativas. Essa recomendação tem por objetivo tanto equalizar as atividades ao longo do dia, e considera que à noite há mais tempo disponível para realizar a conferência e guarda de maneira organizada;
- O abastecimento dos produtos dos dispensários deve utilizar parâmetros de estoque mínimo e estoque máximo, definidos conforme consumo e importância clínica;
- Para itens de consumo regular, o patamar de estoque mínimo deve ser baseado no consumo médio diário, sendo aconselhado provisionar o estoque para o número de dias igual ao intervalo de tempo entre as reposições. Já para
- o patamar de estoque máximo, aconselha-se provisionar o estoque para até o dobro de dias do intervalo de tempo entre as reposições (ex.: se a farmácia é reposta a cada 3 dias, o estoque mínimo será baseado no consumo de 3 dias, e o estoque máximo, de 6 dias);
- Para itens de consumo irregular, os patamares de estoque máximo e mínimo devem basear-se na importância clínica dos produtos, a fim de manter um estoque suficiente para, no mínimo dois (2) tratamentos, e no máximo a depender da capacidade de atendimento pela CAF para pedidos excepcionais/ urgentes;
- Idealmente, a definição da quantidade a ser solicitada de cada produto para o reabastecimento deve seguir a lógica:

- Apenas reabastecer produtos abaixo do estoque mínimo, e nestes calcular a quantidade complementar até o estoque máximo considerando o estoque no momento do pedido (ex.: consideramos que o "paracetamol 500mg cp" tem Emáx= 50cp e Emín= 20cp no dispensário da CTI, assim, se no dia de reposição de estoque o estoque do produto for de 30cp este produto não necessita de reposição; já se o estoque for de 8cp, a requisição de reposição seria de 42cp, a diferença entre o estoque atual e o parâmetro máximo para o dispensário).

Dispensação:

A dispensação é um ato privativo do farmacêutico, que tem por finalidade propiciar o acesso ao medicamento e o uso adequado. Adicionalmente, o farmacêutico deve avaliar a prescrição, sob o ponto de vista técnico e legal, e intervir junto ao prescritor quando necessário. O conceito, extraído do livro "Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual" do Conselho Federal de Farmácia é apresentado a seguir:

> "Serviço proporcionado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega de medicamentos e de outros produtos para a saúde ao paciente ou ao cuidador, a orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados [Adaptado de Arias (1999) e Brasil (1998)"

Escrituração:

O farmacêutico deve realizar escrituração de toda a movimentação realizada com medicamentos sujeitos a controle especial constantes na Portaria SVS/MS nº 344/98. O registro no livro obedecerá a ordem sequencial e cronológica de estoque, entradas (por aquisição ou produção), saídas (por vendas, processamento, beneficiamento, uso) e perdas.

Os Livros de Receituário deverão conter Termos de Abertura e de Encerramento, lavrados pela Autoridade Sanitária local. Cada página do Livro destinase a escrituração de uma só substância ou medicamento, devendo ser efetuado o registro através da denominação genérica (DCB), combinado com o nome comercial. A escrituração de todas as operações relacionadas com substâncias constantes nas listas da Portaria SVS/MS nº 344/98 e de suas

atualizações, bem como os medicamentos que as contenham, será feita de modo legível e sem rasuras ou emendas, devendo ser atualizada minimamente semanalmente. Os Livros, Balanços e demais documentos comprovantes de movimentação de estoque, deverão ser arquivados no estabelecimento pelo prazo de 2 (dois) anos, findo o qual poderão ser destruídos.

Maleta de Emergência / Carro de Parada Cardíaca (PCR):

O serviço que possuir maleta de emergência poderá armazenar até 3 (três) ampolas de medicamentos entorpecentes e até 5 (cinco) ampolas de medicamentos psicotrópicos, para aplicação em caso de emergência. A reposição das ampolas se fará com a Notificação de Receita devidamente preenchida com o nome e endereço completo do paciente ao qual tenha sido administrado o medicamento, carimbo e assinatura do prescritor.

Farmacotécnica

A Farmacotécnica Hospitalar contribui significativamente com a qualidade do cuidado farmacêutico prestado aos pacientes. Para tanto, busca estruturar suas atividades de modo a atender às necessidades individuais dos mesmos, integrando-se à Farmácia Clínica e Hospitalar e cumprindo normas de Boas Práticas de Manipulação em Farmácia, incluindo ações para a garantia da qualidade e estratégias de prevenção de erros de medicação.

As classificações de farmacotécnicas são apresentadas a seguir. As unidades hospitalares que possuírem uma ou mais modalidades, devem elaborar seu Manual de Boas Práticas, contendo, no mínimo, capítulos sobre:

1. Objeto;
2. Condições gerais;
3. Recursos humanos e treinamento;
4. Infraestrutura física;
5. Equipamentos, mobiliários e utensílios;
6. Materiais e insumos;
7. Controle do processo de manipulação;
8. Controle de qualidade;
9. Garantia da qualidade.

Preparo de Doses Unitárias e Unitarização de Doses de Medicamentos:

A unitarização de doses e o preparo de doses unitárias de medicamentos compreendem o fracionamento, a subdivisão e a transformação de formas farmacêuticas. O preparo de doses unitárias e a unitarização de doses contribui para a redução de custos e segurança do paciente, devendo ser garantida a rastreabilidade, por meio de procedimentos definidos e registro. Deve existir plano de prevenção de trocas ou misturas de medicamentos em atendimento à legislação vigente.

Manipulação de Nutrição Parenteral Total (NPT):

A manipulação de nutrição parenteral realizada em hospitais compreende operações inerentes à preparação (avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e orientações para o transporte). A equipe multiprofissional de terapia nutricional deve realizar a monitorização do uso da nutrição parenteral mantendo registro sistematizado das suas ações e intervenções.

Manipulação de Quimioterápicos/Antineoplasico e Radio fármacos:

A manipulação de quimioterápicos/antineoplasico e radio fármacos realizada em hospitais requer a análise das prescrições previamente à manipulação, a verificação do disposto nos protocolos clínicos, e a observação das doses máximas diárias e cumulativas, com foco na biossegurança e uso seguro pelo paciente.

No desenvolvimento destas atividades o farmacêutico deverá antes da realização da manipulação, sanar todas as dúvidas, diretamente com o prescritor, mantendo registro sistematizado das análises realizadas, problemas identificados e intervenções; monitorar os pacientes em uso destes medicamentos e notificar queixas técnicas e eventos adversos.

Farmácia Clínica e Cuidado Farmacêutico

Conforme a RDC 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), a "Farmácia Clínica" é a área da farmácia voltada à ciência e prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças. Já o "Cuidado Farmacêutico" é o modelo de prática que orienta a provisão de uma variedade de serviços farmacêuticos ao paciente, sua família e comunidade, por meio da ação integrada do farmacêutico com a equipe multiprofissional de saúde. Dessa forma diferenciamos a área da prática.

Farmacovigilância

A farmacovigilância segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) consiste da ciência e das atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão, prevenção de eventos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos. Um bom serviço de gestão da segurança de medicamentos e de farmacovigilância é requisito imprescindível para a detecção precoce dos riscos associados a medicamentos e para a prevenção de reações adversas aos mesmos.

É função da farmácia no âmbito dos hospitais e dos demais serviços de saúde implantar a Farmacovigilância, abrangendo a análise de todas as questões que são de relevância para a minimização dos riscos da farmacoterapia, tais como:

- Eventos/reações adversas relacionados a medicamentos;
- Medicamentos de baixa qualidade;
- Erros de medicação;
- Notificações de perda de efetividade;
- Uso de medicamentos para indicações não aprovadas e para as quais não há base científica adequada (off labell use);
- Notificações de casos de intoxicação aguda e crônica;
- Avaliação da mortalidade relacionada a medicamentos;
- Abuso e uso indevido de medicamentos;
- Interações medicamentosas adversas com substâncias químicas, outros medicamentos e alimentos.

Otimização da Terapia Medicamentosa

A otimização da terapia medicamentosa é função precípua da farmácia, visando aumentar a efetividade da intervenção terapêutica, promovendo o uso racional de medicamentos, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente.

Entende-se por uso racional, a utilização, em cada caso, do medicamento adequado, cuja qualidade está assegurada, na dose terapêutica ou profilática adequada, na forma farmacêutica e posologia mais convenientes ao paciente, maximizando os efeitos benéficos e minimizando a ocorrência de eventos adversos, com o menor custo possível. A fim de garantir o uso racional, o farmacêutico deverá participar da formulação das políticas para uso de medicamentos da sua Instituição.

A otimização da terapia medicamentosa consiste, portanto, em:

- Participar do planejamento e avaliação do plano terapêutico;
- Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos parâmetros legais e técnicos, tais como: dose, frequência, horário, via de administração, posologia, tempo de tratamento, compatibilidade, interações medicamentosas potenciais, reações adversas, duplicidade, formas farmacêuticas adaptadas à condição clínica do paciente, entre outros aspectos relevantes;
- Realizar a conciliação de medicamentos ou reconciliação medicamentosa avaliando as prescrições desde a admissão até a alta do paciente e quando o mesmo transitar por diferentes níveis de atenção;
- Realizar intervenção farmacêutica, conforme identificação dos possíveis problemas relacionados a medicamentos no processo de utilização, por meio de comunicação institucional formalizada, registrando as mesmas e as decisões tomadas;
- Investigar, acompanhar e intervir nos resultados negativos relacionados aos medicamentos e nos casos de inefetividade terapêutica;
- Selecionar os pacientes que necessitam de monitoramento permanente e implementá-lo, em especial para crianças, idosos e pacientes com baixa adesão ao tratamento, em uso de medicamentos com maior potencial de produzir efeitos adversos, de alta vigilância, de alto custo e usos off-label;
- Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente quanto a efetividade e segurança do tratamento, com base no levantamento da história medicamentosa e dos dados objetivos e subjetivos, relevantes, constantes no prontuário;
- Executar a avaliação contínua da resposta terapêutica

Segurança do Paciente:

A Segurança do Paciente é um componente essencial da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, importância cada vez maior para os pacientes e suas famílias, para os gestores e profissionais de saúde, no sentido de oferecer uma assistência segura.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, demonstrando preocupação com a situação relativa aos dados que revelavam os danos sofridos pelos pacientes, criou a World Alliance for Patient Safety. Os objetivos desse programa, (que passou a chamar-se Patient Safety Program) eram, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos. Dentre elas, a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety – ICPS) que definiu os conceitos-chaves em Segurança do Paciente:

- Segurança do paciente: Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
- Risco: Probabilidade de um incidente ocorrer;
- Incidente: Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
- Circunstância Notificável: Incidente com potencial dano ou lesão;
- "Near miss" ou Quase-Falha: Incidente que não atingiu o paciente;
- Incidente sem lesão: Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.
- Evento Adverso: Incidente que resulta em dano ao paciente.

Padrões Mínimos para Atuação Farmacêutica na Farmacovigilância e Segurança do Paciente:

- Detectar, avaliar e notificar as Reações Adversas a Medicamentos;
- Acompanhar os pacientes que apresentem RAM, ajudando à equipe no manejo da mesma;
- Usar algoritmo de causalidade na análise de RAM;
- Implementar barreiras que evitem os erros de medicação;
- Participar da elaboração de formulários e fichas de notificação de RAM;
- Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para a importância da Farmacovigilância;
- Fazer interface com Centros de Informação de Medicamentos e Programas de Seguimento Farmacoterapêutico;
- Avaliar as interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento;
- Avaliar os casos de inefetividade terapêutica;
- Participar do Núcleo de Segurança do Paciente;
- Implementar o protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos em consonância com o Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Realizar atividades educativas relacionadas ao controle da infecção relacionada à assistência à saúde dirigidas aos profissionais envolvidos na manipulação de pacientes;
- Avaliar e notificar Queixas Técnicas: perda de efetividade dos medicamentos por desvio de qualidade, inadequação de informações em rótulos, bulas e embalagens, alterações organolépticas, alterações químicas, físicas, físico-químicas e microbiológicas;

Infraestrutura Física, Tecnológica e Gestão da Informação:

A infraestrutura física e tecnológica é entendida como a base necessária ao pleno desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, sendo um fator determinante para o desenvolvimento da assistência farmacêutica, devendo ser mantidas em condições adequadas de funcionamento e segurança.

A disponibilidade de equipamentos e instalações adequadas e compatíveis com o perfil e necessidade da assistência farmacêutica implantada;

- A disponibilidade de um sistema de gestão preferencialmente informatizado;
- A disponibilidade de recursos para a informação e comunicação;
- A disponibilidade de salas para prática de atividades farmacêuticas, respeitando suas necessidades técnicas;
- A manutenção preventiva e corretiva de instalações físicas, equipamentos e móveis;
- A realização de calibração periódica de equipamentos e instrumentos de medição com registro;
- A implantação e manutenção de sistemas de arquivo;
- A disponibilidade de estrutura física adequada e compatível com o perfil e necessidade da assistência farmacêutica implantada: áreas mínimas necessárias; áreas específicas quanto a manipulação, fracionamento, reembalagem, reenvase e unitarização de doses;
- Áreas específicas para segregação de produtos vencidos, avariados e em quarentena;
- Área específica no estoque para guarda de produtos sujeitos a controle especial, passível de trancar a chave, e cuja qual deve ficar em posse de farmacêutico do serviço;
- Instalações elétricas, lógicas, telefônicas e hidrossanitárias compatíveis com a necessidade do serviço;
- Disponibilidade de mobiliário em quantidade proporcional a necessidade da assistência;
- Móveis ergonomicamente compatíveis a cada atividade a ser executada no âmbito da farmácia hospitalar;
- Móveis desprovidos de porosidades, ranhuras e fendas tendo superfícies resistentes a ação de saneantes;
- Armários com trancas para armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial na área de dispensação ou distribuição;
- Infraestrutura tecnológica: computadores, impressoras, softwares, hardwares, sistemas informatizados de dispensação, maquinário para fracionamento de doses, sistemas informatizados de manipulação e outros;

Recursos humanos:

A responsabilidade técnica dos serviços farmacêuticos é atribuição do profissional farmacêutico, inscrito no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição, nos termos da legislação vigente. Já os auxiliares de farmácia, técnicos administrativos, AOSD farmácia, e qualquer outro profissional que estiver lotado no Serviço de Farmácia, de qualquer natureza, são profissionais imprescindíveis para auxiliar a execução e controle das atividades, e devem estar sempre subordinados às orientações dos farmacêuticos.

As farmácias hospitalares da SES/GO deverão contar com recursos humanos em número suficiente para realização das atividades previstas pelo estabelecimento. A equipe deverá contar com grau de instrução, experiência, treinamento e prática compatíveis com as atribuições do cargo, de forma a assegurar que todos os procedimentos previstos neste Manual e em seus POPs vinculados sejam corretamente desempenhados.

O quadro de recursos humanos dependerá de diversos fatores, dentre eles:

- Tamanho do hospital (pequeno, médio e grande porte)
- Número de leitos
- Atividades desenvolvidas pela farmácia
- Quantidade de servidores
- Complexidade do serviço

Informação sobre medicamentos e outras tecnologias:

A farmácia é responsável por prover à equipe de saúde, estudantes e pacientes, familiares, cuidadores e sociedade informações técnico-científicas adequadas sobre eficácia, segurança, qualidade e custos dos medicamentos e produtos para saúde. Para tanto, devem estar disponíveis, fontes adequadas de informações primárias, secundárias e terciárias, isentas e atualizadas, possibilitando à equipe da farmácia acesso a referências idôneas sobre: farmacoterapia, farmacotécnica, controle de qualidade, custos e legislação entre outros.

Ensino, pesquisa e educação permanente em saúde:

A farmácia deverá promover, participar e apoiar ações de educação permanente, ensino e pesquisa nas suas diversas atividades administrativas, técnicas e clínicas, com a participação de farmacêuticos, auxiliares de farmácia (de todas as categorias/tipos), demais profissionais e estudantes. Estas ações deverão ser consoantes aos objetivos e recursos

humanos, estruturais e financeiros do serviço e do sistema de saúde, e produzir informações e conhecimentos que possam aperfeiçoar a organização dos serviços, práticas e processos de utilização de medicamentos e demais produtos para a saúde.

Em consonância com a Lei 8.080/90, as Políticas de Assistência Farmacêutica, as Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente e políticas das Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, a formação, capacitação e qualificação dos recursos humanos deverão ser contínuas, em quantidade e qualidade suficientes para o correto desenvolvimento da assistência farmacêutica. São pertinentes:

- Atividades e processos de Ensino e Pesquisa relacionados a programas de Graduação, Capacitação Técnico-Profissional, treinamentos em serviço, visitas técnicas, Estágios curriculares e extracurriculares, Pós-Graduação Lato e Stricto sensu, inclusive as Residências em área da saúde;
- Garantir ações de preceptoria e tutoria no desenvolvimento de habilidades e competências para assistência farmacêutica;
- Atividades e processos voltados para a capacitação da equipe do serviço, garantindo a atualização da equipe técnica no estado da arte e da legislação vigente;
- Participação junto a equipe multiprofissional de saúde atuando no cuidado direto ao paciente, a fim de promover o uso seguro e racional de medicamentos, produtos e tecnologias em saúde, redefinindo sua prática a partir das necessidades dos pacientes, família, cuidadores e sociedade centrada na integralidade do cuidado;
- Apoio às comissões técnicas multiprofissionais de âmbito hospitalar;
- Atividades de educação em saúde, inclusive aquelas voltadas para a população usuária;
- Quaisquer outras atividades de ensino, educação permanente e pesquisa que contribuam para a melhoria da qualidade da assistência farmacêutica. A farmácia pode, ainda, promover, participar e apoiar pesquisas inseridas em seu âmbito de atuação, visando à produção de informações que subsidiem o aprimoramento das práticas, o uso seguro e racional de medicamentos, produtos e tecnologias para saúde no ambiente hospitalar, clínicas e estabelecimentos congêneres, sua estrutura e organização, contribuindo assim com a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

São relevantes para a farmácia os estudos clínicos, fármaco epidemiológicos, fármaco econômicos, de desenvolvimento e de avaliação de produtos e processos que subsidiem:

- A formação e revisão de políticas institucionais de medicamentos e de saúde;
- O aprimoramento da farmacoterapia e o uso racional de medicamentos e demais produtos para saúde;

- O desenvolvimento de produtos e adequação de formas farmacêuticas;
- O desenvolvimento de indicadores de qualidade dos serviços;
- A otimização dos processos de gestão;
- A monitorização de riscos e biossegurança;
- A monitorização de eventos adversos, erros de medicação e quaisquer outros problemas relacionados ao ciclo de utilização de medicamentos e demais produtos para a saúde;
- Os ensaios pré-clínicos e clínicos aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa;
- Outros estudos que contribuam com a qualidade da assistência farmacêutica.

As atividades de ensino, educação permanente e pesquisa devem buscar atender as necessidades da sociedade por ela assistida e da população em geral, favorecendo a harmonização entre as políticas oriundas das áreas de educação e de saúde, levando à formação de profissionais com perfil e competências compatíveis com estas necessidades.

Horários de Atendimento e Equipe Mínima

O serviço de farmácia integrará o corpo de profissionais do **HERSO** com uma equipe formada por farmacêuticos e técnicos de farmácia e realizarão atendimento aos usuários, familiares/rede de apoio social, no período integral 24 hs de acordo com sua escala de trabalho (tabela anexo II)

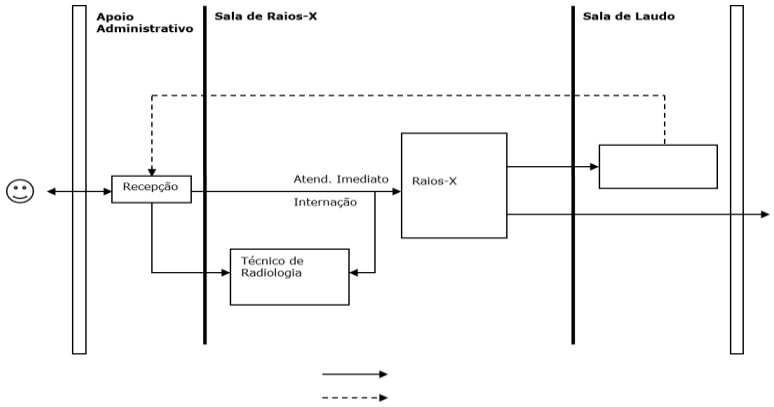
14.2.9. Manual e Funcionamento do Serviço de Radiologia

O Serviço de Radiologia do **HERSO** desenvolverá atividades de radiologia convencional e contrastada para fins diagnósticos baseados no princípio da justificação que é o princípio básico de proteção radiológica que estabelece que nenhuma prática ou fonte adstrita a uma prática deve ser autorizada a menos que produza suficiente benefício para o indivíduo exposto ou para a sociedade, de modo a compensar o detrimento que possa ser causado. O Serviço de Radiologia desenvolverá suas atividades em conformidade com o manual operacional, normas, rotinas e protocolos que estão baseados nas normas estabelecidas pela RDC 50/02 Portaria Federal 453/1998, RE 1016 de 3 de abril de 2006 e será avaliado a cada 2 anos ou quando houver modificação na legislação.

Horário de funcionamento:

O serviço de Radiologia funcionará 24 horas para atendimento a pacientes internados no hospital;

Figura 14.2.9-1 -Fluxo do Atendimento da Radiologia



Atribuições da Equipe Técnica:

Responsável Técnico (Médico Radiologista):

- Assegurar que estejam disponíveis os profissionais necessários em número e com qualificação para conduzir os procedimentos radiológicos, bem como a necessária competência em matéria de proteção radiológica;
- Validar os protocolos operacionais de procedimentos;
- Prestar Cooperação Técnica à Comissão de protocolos;
- Assegurar que a exposição voluntária de acompanhante, ao ajudar um paciente durante um procedimento radiológico, seja otimizada de modo que sua dose seja tão baixa quanto razoavelmente exequível, considerando o nível de restrição de dose estabelecido pela Portaria Nº. 453 de 01 de junho de 1998 - Vigilância Sanitária;
- Zelar para que as exposições médicas de pacientes sejam as mínimas necessárias para atingir o objetivo radiológico pretendido e que sejam consideradas as informações relevantes de exames prévios que possam evitar exames adicionais desnecessários;
- Assegurar que todos os Procedimentos Operacionais estejam escritos, atualizados e disponíveis à equipe;
- Manter um exemplar da Portaria Federal Nº. 453 de 01 de junho de 1998 – Secretaria de Vigilância Sanitária em cada serviço de radiodiagnóstico sob sua responsabilidade e assegurar que cada membro da equipe tenha acesso ao mesmo. Estabelecer, e assegurar que sejam entendidas, as funções e responsabilidades de cada profissional,

assim como linhas claras de autoridade para tomada de decisão no âmbito do estabelecimento;

- Elaborar e manter atualizado o memorial descritivo de proteção radiológica;
- Revisar e atualizar periodicamente os procedimentos operacionais de modo a garantir a otimização da proteção radiológica;
- Assegurar que nos procedimentos radiológicos sejam utilizados as técnicas e os equipamentos adequados;
- Emitir Laudos para os procedimentos realizados;
- Assegurar que sua equipe técnica esteja treinada e ciente dos requisitos de desempenho e de segurança dos equipamentos;
- Atender aos requisitos de controle ocupacional;
- Promover a monitoração do desempenho dos equipamentos e segurança conforme guia da ANVISA (RE 1016);
- Implantar um programa de Treinamento Anual, Integrante do Programa de Proteção Radiológica, contemplando, pelo menos, os seguintes tópicos:
- Procedimentos de operação dos equipamentos, incluindo uso das tabelas de exposição e procedimentos em caso de acidentes;
- Uso de vestimenta de proteção individual para pacientes, equipe e eventuais acompanhantes;
- Procedimentos para minimizar as exposições médica e ocupacional.
- Desenvolver um Programa de Garantia de Qualidade (PGQ) visando assegurar melhor desempenho dos serviços tendo como principais objetivos:
- Garantia de um diagnóstico de qualidade;
- Garantia de que as doses sejam as mais baixas possíveis para a realização de um exame de qualidade;
- Custo, que precisa ser reduzido ao menor possível, através do não desperdício de energia elétrica, desgaste do equipamento, filmes, químicos e mão-de-obra especializada.
- Interpretar as imagens e emitir laudo dos exames realizados no serviço de Radiologia.

Técnicos em Radiologia:

- Executar suas atividades em conformidade com as exigências da Portaria Nº. 453 de 01 de junho de 1998 - Vigilância Sanitária e com as instruções do RT;
- Manter as instalações e seus equipamentos de raios-x em boas condições;
- Prover as vestimentas de proteção individual para a proteção dos pacientes, da equipe e de eventuais acompanhantes;

- Prover o serviço de material, de forma a não haver falta de insumos necessários, ao funcionamento durante 24hs/dia obedecendo ao fluxo de pedido predeterminado pelo setor responsável;
- Realizar apenas exposições médicas autorizadas por um médico do serviço;
- Manter registro, em livro próprio, de qualquer ocorrência relevante sobre condições de operação e de segurança de equipamentos, das manutenções e dos reparos;
- Registrar em livro próprio os procedimentos radiográficos realizados constando: data do exame, nome e endereço completo do paciente, sexo, idade, indicação do exame, tipo de procedimento radiológico realizado, quantidade de filmes utilizados e, quando aplicável, tempo de fluoroscopia, número de cortes de CT e intervalo dos cortes;
- Manter-se dentro da cabine de comando e observar o paciente durante o exame radiográfico, em instalações fixas;
- Manter as portas de acesso de instalações fixas fechadas durante as exposições. A sinalização luminosa nas portas de acesso deverá estar acionada durante os procedimentos radiológicos;
- Informar imediatamente ao RT qualquer evento que possa resultar em alterações nos níveis de dose ou em aumento do risco de ocorrência de acidentes, assim como qualquer outra circunstância que possa afetar a conformidade da Portaria Nº. 453 de 01 de junho de 1998 - Vigilância Sanitária;
- Atuar no programa de garantia de qualidade, nas avaliações de doses em pacientes e nas avaliações do índice de rejeição de radiografias, segundo instruções do RT;
- Submeter-se aos treinamentos de atualização regularmente oferecidos;
- Fornecer ao RT informações relevantes sobre suas atividades profissionais atuais e anteriores, de modo a permitir um controle ocupacional adequado;
- Em caso de exposição acidental envolvendo altas doses, fornecer informações para investigação e suporte para acompanhamento médico e tratamento;
- Manter-se dentro da cabine de comando e observar o paciente durante o exame radiográfico, em instalações fixas;
- Manter as portas de acesso de instalações fixas fechadas durante as exposições. A sinalização luminosa nas portas de acesso deverá estar acionada durante os procedimentos radiológicos;
- Anotar nos registros do paciente/paciente toda repetição de exposição e levar a conhecimento do RT.

Rotinas do Serviço:

Rotinas para o exame de paciente egresso:

- Paciente mediante apresentação de Guia Autorizada do SUS terá o exame radiológico previamente agendado e deverá se apresentar no setor de recepção 15 minutos antes do horário marcado;
- Será solicitada documentação de identificação e cartão SUS paciente é orientado pelo recepcionista à sala de espera:
- Técnico de radiologia recebe o paciente no setor e processa o registro em prontuário de acordo com a requisição;
- Técnico de radiologia prepara o paciente;
- Pacientes que irão fazer exames que requeiram preparo serão avaliados anteriormente;
- Médico radiologista realiza o exame dentro das normas técnicas pertinentes ao serviço e registra em livro próprio;
- Técnico de radiologia agenda a entrega do resultado do exame.

Normas do Serviço:

- Não será permitida a permanência de acompanhantes na sala durante o exame radiológico, salvo quando estritamente necessário e autorizado;
- Afixar quadro no interior da sala, em lugar e tamanho visível ao paciente, com o seguinte aviso: "Nesta sala somente pode permanecer um paciente de cada vez";
- Deverão ser entregues vestimentas de proteção individual para pacientes, equipe e pais/acompanhantes, e todos acessórios necessários aos procedimentos previstos para a sala, conforme estabelecido neste manual;
- Deve haver suportes apropriados para sustentar os aventais plumbíferos de modo a preservar a sua integridade;
- Junto ao painel de controle de cada equipamento de raios-x deve ser mantido um protocolo de técnicas radiográficas (tabela de exposição) especificando, para cada exame realizado no equipamento, as seguintes informações:
- Tipo de exame (espessuras e partes anatômicas do paciente) e respectivos fatores de técnica radiográfica;
- Quando aplicável, parâmetros para o controle automático de exposição;
- Tamanho e tipo da combinação tela-filme;
- Distância foco-filme;
- Tipo e posicionamento da blindagem a ser usada no paciente.

Será garantida as recomendações para uso do Dosimetro Individual (Portaria Nº. 453 de 01 de junho de 1998 - ANVISA):

- Todo indivíduo que trabalha com raios-x diagnósticos deve usar, durante sua jornada de trabalho e enquanto permanecer em área controlada, dosímetro individual de leitura indireta, trocado mensalmente;
- Os dosímetros individuais destinados a estimar a dose efetiva devem ser utilizados na região mais exposta do tronco;
- Durante a utilização de avental plumbífero, o dosímetros individual deve ser colocado sobre o avental, aplicando-se um fator de correção de 1/10 para estimar a dose efetiva. Em casos em que as extremidades possam estar sujeitas a doses significativamente altas, deve-se fazer uso adicional de dosímetros de extremidade;
- Os dosímetros individuais são de uso exclusivo do usuário dos dosímetros no serviço para o qual foi designado;
- Durante a ausência do usuário, os dosímetros individuais devem ser mantidos em local seguro, com temperatura amena, umidade baixa e afastados de fontes de radiação ionizante, junto aos dosímetros padrão, sob a supervisão do RT;
- Se houver suspeita de exposição acidental, aos dosímetros individuais deve ser enviado para leitura em caráter de urgência.

Protocolos para Realização dos Exames:

O Serviço deverá implantar em até 30 dias da assinatura do contrato, protocolo de boas práticas com a descrição passo a passo de todos os exames Radiológicos a serem realizados no serviço, conforme modelo abaixo descrito.

Horários de Atendimento e Equipe Mínima

O serviço de radiologia integrará o corpo de profissionais do **HERSO** com uma equipe formada por radiologista técnicos de radiologia e realizarão atendimento aos usuários, familiares/rede de apoio social, no período integral 24 hs de acordo com sua escala de trabalho

14.2.10. Manual de Funcionamento do Serviço de Engenharia Clinica

O setor de Engenharia Clínica trata da gestão de equipamentos, sendo responsável pela manutenção preventiva, calibragem e guarda dos aparelhos médicos, além da adequação do espaço físico às necessidades do hospital.

Os profissionais da área garantem a manutenção do parque instalado, levantando as necessidades, realizando o recebimento e a distribuição de equipamentos. O objetivo é

garantir o correto funcionamento das instalações e equipamentos biomédicos para utilização por pacientes e profissionais de saúde.

A Engenharia Clínica está voltada tanto para os aspectos biomédicos como institucionais, garantindo segurança, eficácia, economia, e agregando as necessidades das diversas áreas do hospital.

Atua em conjunto com os diferentes setores, já que possui função relevante e estratégica no desempenho global de uma unidade hospitalar.

A Engenharia Clínica do **HERSO** trabalhará para propiciar um ambiente funcional seguro, maximizando a qualidade da manutenção de todos os equipamentos e espaços, registrando esses processos com toda a documentação requerida, respeitando o agendamento das atividades e seguindo as recomendações normativas da Vigilância Sanitária, bem como da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, no que se refere à gestão de tecnologia em saúde.

Ao prever ou agir antes que eventuais problemas aconteçam, e ao administrar todo o "parque tecnológico de saúde" do hospital, a equipe de Engenharia Clínica confere qualidade e eficiência aos exames, contribuindo para a melhoria nos cuidados dispensados ao paciente.

Atribuições:

- O controle dos equipamentos médico-hospitalares e seus componentes e dos contratos de manutenção preventiva ou corretiva;
- O auxílio na aquisição e aceitação de novas tecnologias;
- O treinamento de pessoal para operação dos equipamentos;
- A manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares e cirúrgicos, com seus respectivos acessórios;
- E a fixação de medidas de controle e segurança do ambiente hospitalar, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares.

O **INSV** manterá uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos cedidos pela Secretaria de Saúde, ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

Serviços referentes ao setor de Engenharia Clínica:

- Reparo em todos equipamentos médico-hospitalares;
- Reparo em equipamentos de esterilização; de lavanderia; de nutrição e de laboratório;

- Reparo em equipamentos de pequeno porte (máquina de calcular, máquina de escrever, ebulidor, chuveiros);
- Reparo em mobiliários de aço;
- Realização de tapeçaria;
- Reparo nas redes de gases medicinais (ar, vácuo e oxigênio);
- Reparo, limpeza, instalação de aparelhos de refrigeração (ar condicionado, geladeira, freezer, máquina de gelo, câmara fria, bebedouro);
- Serviços de solda e torno;
- Para avaliar o espectro de trabalho associado a esta nova atividade, apresentamos a seguir algumas atuações da equipe de engenheira clínica dentro da instituição de saúde:
- Treinar pessoal para manutenção (técnicos) e operação dos equipamentos (operadores);
- Indicar, elaborar e controlar os contratos de manutenção preventiva/corretiva;
- Executar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares, no âmbito da instituição;
- Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por instituições externas;
- Estabelecer medidas de controle e segurança do ambiente hospitalar, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares;
- Elaborar projetos de novos equipamentos, ou modificar os existentes, de acordo com as normas vigentes (pesquisa);
- Estabelecer rotinas para aumentar a vida útil dos equipamentos médico-hospitalares;
- Auxiliar nos projetos de informatização, relacionados aos equipamentos médico hospitalares;
- Implantar e controlar a Qualidade, referente aos equipamentos médico-hospitalares;
- Calibrar e ajustar os equipamentos médico-hospitalares, de acordo com padrões reconhecidos;
- Efetuar a avaliação da obsolescência dos equipamentos médico-hospitalares, entre outros;
- Apresentar relatórios de produtividade de todos os aspectos envolvidos com a gerência e com a manutenção dos equipamentos médico-hospitalares – conhecidos como indicadores de qualidade e/ou produção.

Competências:

- Subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos;
- Subsidiar tecnicamente o processo de contratação de serviços de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos;
- Acompanhar o recebimento e distribuição de equipamentos médicohospitalares, laboratoriais e odontológicos entregues no hospital, bem com as instalações nas suas unidades;
- Acompanhar a execução dos serviços de manutenção preventiva e corretiva em equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos realizados por instituições contratadas pelo hospital;
- Promover e apoiar programas de capacitação de recursos humanos na operação e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, nas unidades do hospital;
- Coordenar a política de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no hospital;
- Subsidiar tecnicamente a elaboração dos projetos de arquitetura e engenharia no que se refere à instalação de equipamentos médico hospitalares, laboratoriais e odontológicos no hospital
- O Setor de Engenharia Clínica criará e implementará um Plano de Gestão da Engenharia Clínica. Para atender a esse objetivo algumas ações imediatas foram estabelecidas para o setor. Dentre elas destacam-se:
- Atualizar permanentemente o inventário de equipamentos médicos hospitalares para que haja controle patrimonial e garantia da segurança da política de aquisição de novos equipamentos e política de manutenção;
- Elaborar, aprovar e implementar o plano de manutenção preventiva de acordo com a criticidade de cada equipamento para prolongar sua vida útil e garantir a disponibilidade do mesmo para a assistência;
- Revisar e gerenciar contratos de equipamentos especiais pela criticidade dos equipamentos, garantindo que estejam disponíveis;
- Elaborar, aprovar e implementar o plano de manutenção corretiva de acordo com a criticidade de cada equipamento para garantir a disponibilidade do equipamento para a assistência;
- Criar um catálogo de equipamentos padronizados para agilizar o processo de compra, facilitar a gestão da incorporação tecnológica e reduzir custos.

Constituem produtos e serviços do Setor de Engenharia Clínica:

- Gestão das tecnologias utilizadas nas atividades produtivas de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas;
- Análise de várias opções de escolha de tecnologias existentes no mercado, definindo as especificações técnicas detalhadas dos equipamentos para aquisição.

O Setor de Engenharia Clínica possui subseções elencadas a seguir:

- Seção Técnica de Eletrônica;
- Seção de Serralheria;
- Seção Técnica Mecânica;
- Seção de Estoque;
- Central de Equipamentos;
- Caldeira.

Compete a Seção Técnica de Eletrônica:

- Identificar o equipamento e realizar primeiros testes de funcionamento;
- Executar manutenção corretiva obedecendo as análises dos circuitos eletrônicos;
- Executar manutenção preventiva conforme cronograma programado;
- Realizar testes de aceitação de equipamentos que retornam de manutenção externa;
- Garantir a interface com as demais unidades do Setor de Engenharia Clinica, apoiando o setor em tomada de decisões técnicas;
- Controlar e apontar os equipamentos médicos que retornam repetidamente para manutenção corretiva;
- Executar outras atribuições determinadas pela chefia.

Compete a Serralheria:

- Elaborar, em consonância com o Setor de Engenharia Clínica, o Plano de Manutenção do Parque de equipamentos do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás. Albanir Faleiros Machado – **HERSO**;
- Executar manutenção corretiva de equipamentos metálicos;
- Subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de material específico e equipamentos quando necessário;
- Aplicar equipamentos em uso, orientando sobre a forma de funcionamento;

- Garantir a interface com as demais seções do Setor Engenharia Clínica, apoiando o setor em tomada de decisões técnicas.

Compete a Seção de Mecânica:

- Gerenciar os projetos físicos da edificação, com base em Plano Diretor Físico e Assistencial;
- Gerenciar a manutenção preditiva, preventiva e corretiva das instalações físicas do hospital, por meio de análise da situação, elaboração de proposta de intervenção e restauração da instalação;
- Executar, com equipe própria, ou coordenar a execução de serviços terceirizados relativos aos projetos e obras prediais;
- Executar, com equipe própria, ou coordenar a execução de serviços terceirizados relativos às instalações hidráulicas, elétrica e eletrônicas, proteção contra descargas atmosféricas, fluído-mecânicas, de climatização, proteção e combate a incêndios;
- Executar ou coordenar o serviço terceirizado de limpeza da área externa e jardinagem;
- Executar ou coordenar o serviço terceirizado de segurança patrimonial, de segurança do trabalho e de vigilância;
- Auxiliar a gestão do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Alimentar e manter atualizado o sistema de gerenciamento de manutenção predial, por meio das Ordens de Serviços previstas, em execução e realizadas;
- Efetuar levantamento de custos e compras de materiais, peças e serviços necessários para a manutenção predial;
- Armazenar os materiais, peças e ferramentas necessários para a manutenção predial.

Compete a Central de Equipamentos:

- Prover as unidades assistenciais e o pronto atendimento com os equipamentos e acessórios sob sua responsabilidade em quantidade, qualidade e condições adequadas de uso;
- Promover o uso racional dos equipamentos e seus acessórios, nas diversas unidades do hospital, pronto atendimento, gerenciando a recepção, a dispensa, a reposição, a busca ativa nas unidades, os treinamentos e a educação permanente;
- Desenvolver o trabalho com segurança e qualidade de forma participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas dos membros da equipe;

- Auxiliar o Setor de Engenharia Clínica na gestão da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos sob sua responsabilidade;
- Desenvolver indicadores de qualidade e elaborar estatísticas capazes de nortear as tomadas de decisão;
- Realizar e colaborar com os treinamentos e capacitações para os funcionários do Hospital, pronto atendimento no que tange ao uso dos equipamentos e seus acessórios;
- Colaborar com o Ensino e Pesquisa para que se possa ofertar melhor atendimento aos clientes;
- Cumprir e fazer cumprir as Normas Administrativas e Técnicas do Hospital pronto atendimento.

Compete a Seção de Estoque:

- Elaborar e/ou revisar, as planilhas de controle de itens e componentes utilizados na Engenharia Clínica;
- Subsidiar tecnicamente o setor de Engenharia Clínica o processo de aquisição dos itens e componentes utilizados no setor;
- Planejar, armazenar, controlar e distribuir os estoques dos itens e materiais utilizados;

Compete a Caldeira:

- Gerenciar a geração de vapor para abastecer setores do hospital, pronto atendimento e sistema de aquecimento de água;
- Subsidiar tecnicamente o processo de manutenção preventiva e corretiva do equipamento continuamente;
- Alimentar livro ata de controle de intervenções na caldeira respeitando a legislação vigente;
- Solicitar os empenhos, baseando-se na demanda da instituição;
- Acompanhar e monitorar o cumprimento das ordens de fornecimento e entregas das atas de registro de preços dos insumos;
- Subsidiar tecnicamente a elaboração da lista de insumos necessários a manter a caldeira em pleno funcionamento.

Os serviços de Engenharia Clínica das unidades gerenciadas serão realizados por meio de contratação de instituição legalmente licenciada para esse fim e em conformidade com a legislação, porém a gestão do processo ficará a cargo do coordenador.

A Engenharia Clínica do Hospital trabalhará para propiciar um ambiente funcional seguro, maximizando a qualidade da manutenção de todos os equipamentos, registrando esses processos com toda a documentação requerida, respeitando o agendamento das atividades e seguindo as recomendações normativas da Vigilância Sanitária, bem como da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, no que se refere à gestão de tecnologia em saúde. Atuará em conjunto com os diferentes setores, já que possui função relevante e estratégica no desempenho global de uma unidade hospitalar.

Dentre as suas diversas atribuições estão:

- Gestão inventário de equipamentos gerenciamento da manutenção corretiva, preventiva e calibração;
- Gerenciamento do parque de equipamentos médicos com controle de ciclo de vida, custos e planejamento, coordenação dos programas de gerenciamento e educação permanente, gestão de um programa de tecnovigilância fixando medidas de controle e segurança do ambiente hospitalar com notificação e investigação de ocorrência;
- Elaboração e monitoramento dos projetos de aparelhagem e participação nos processos de aquisição de equipamentos, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares.
- Ao gerir todo o "parque tecnológico de saúde" das unidades, a equipe de engenharia clínica contratada deverá garantir a qualidade e eficiência aos serviços, contribuindo para a melhoria nos cuidados dispensados ao paciente.
- O setor de engenharia clínica será responsável pela elaboração, implantação, implementação, execução, monitoramento, controle e avaliação do Plano de Gestão da Engenharia Clínica, que deverá conter as seguintes propriedades.
- Normas e rotinas para realização do inventário de equipamentos das unidades.
- Metodologia para priorização das manutenções.
- Programação das manutenções e calibração.

Histórico das manutenções realizadas: O **INSV** manterá uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos cedidos pela Secretaria de Saúde.

Horários de Atendimento e Equipe Mínima

O serviço de engenharia clinica integrará o corpo de profissionais do **HERSO** com uma equipe formada por engenheiro com especialização em engenharia clínica e realizarão

atendimento **HERSO**, no período integral matutino e vespertino 07:00/13:00 e das 14:00/17:00 hs de acordo com sua escala de trabalho (tabela anexo II)

14.3. Normas para o funcionamento do Serviço de Administração Geral com especificação (estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima).

A Unidade Administrativa tem como finalidade básica desenvolver todas as atividades relacionadas com recursos humanos e materiais da Instituição, resultando na obtenção dos objetivos estipulados para a Organização.

Destaca-se a elevada importância da administração desta unidade, visto a mesma estar diretamente relacionada com os recursos humanos e materiais da Instituição, e que bem gerenciados resultam na otimização da qualidade dos serviços prestados e satisfação pessoal dos envolvidos na Instituição.

Organização e Estrutura:

A Unidade Administrativa encontra-se subordinada diretamente à Diretoria Administrativo/Financeira da Unidade, sendo que as unidades integrantes da unidade são:

- Setor Pessoal;
- Suprimentos;
- Faturamento;
- Recepção;
- Telefonia;
- SAME.

Horário de Funcionamento:

O Serviço de Administração Geral do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**)**,** funcionará de Segunda à Sexta-feira das 08h às 18h.

Atribuições Gerais:

Cabe à Unidade Administrativa:

- Desenvolver o planejamento das atividades administrativas;

- Coordenar e supervisionar a execução das atividades das unidades integrantes;
- Analisar sob o ponto de vista administrativo todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Manual de Organização e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades da Instituição;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços administrativos;
- Intermediar todas as atividades de compra com a Direção Geral da Unidade;
- Gerenciar o corpo de funcionários da Instituição, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Diretoria Administrativo/Financeira.

Unidade de Finanças:

A Unidade de Finanças apresenta a finalidade básica de gerenciar e controlar o patrimônio físico e financeiro da Instituição, executado por intermédio de balancetes, análises e demonstrativos contábeis.

Apresenta também a finalidade de analisar a viabilidade das ações da Unidade, incluindo a análise econômica de suas ações, tendências de evolução dos recursos que lhes são necessários e das possibilidades de fontes de financiamento.

Organização e Estrutura:

A Unidade de Finanças está diretamente subordinada à Coordenação Administrativo/Financeira da Unidade, sendo que os serviços integrantes da unidade são:

- Contabilidade;
- Orçamento e Custos;
- Faturamento e;

Atribuições Gerais:

- Cabe à Unidade de Finanças as seguintes atribuições:
- Transmitir, interpretar e implementar políticas, instruções e regulamentações que afetam as atividades financeiras e contábeis da Instituição;

- Planejar e coordenar as atividades a serem executadas pelas áreas de contabilidade, orçamento e custos, faturamento e tesouraria; referente aos recursos materiais e humanos;
- Apresentar periodicamente à Direção Geral, sobre o desenvolvimento da execução de suas atividades e de suas necessidades;
- Estudar e propor a política financeira e orçamentária da Unidade, submetendo-a à Diretoria Administrativa-Financeira e à Direção Geral;
- Coordenar as atividades relativas ao controle orçamentário e financeiro, bem como as atividades da contabilidade;
- Analisar sob o ponto de vista econômico-financeiro, propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Estabelecer normas de controle e avaliação para utilização dos recursos financeiros da Instituição;
- Coordenar e controlar o fechamento das faturas dos pacientes atendidos na Unidade, referindo-se à diárias, procedimentos, medicamentos etc, assim como informar a quantidade de faturas glosadas e seus respectivos valores;
- Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo/Financeira, relatórios sobre a posição financeira da Instituição e simulação de cenários futuros;
- Apresentar o Orçamento Anual da Instituição, Diretoria Administrativo-Financeira e Direção Geral.

Atribuições Específicas – Contabilidade e Custos:

- Orientar e dirigir os assuntos relativos à contabilidade, registrando dados da gestão orçamentária, financeira e patrimonial;
- Examinar a documentação e classificar as operações segundo o plano de contas da Instituição;
- Executar os controles internos sobre as verbas de Adiantamentos;
- Elaborar balancetes, demonstrativos e balanços;
- Manter atualizadas as normas e rotinas de contabilidade, dando-lhes a necessária divulgação;
- Fornecer dados para a elaboração do Orçamento Anual da Instituição e seus ajustes necessários;
- Determinar os custos operacionais dos serviços de saúde através da Consolidação dos valores de custos e despesas;
- Definição dos critérios de rateio;
- Elaboração de mapas e relatórios de custos hospitalares;

- Acompanhar o desempenho das atividades e respectivo impacto nos custos hospitalares.

Atribuições Específicas – Faturamento:

- Auditar as faturas enviadas, referente aos procedimentos, diárias e medicamentos;
- Realizar o controle do faturamento através das fichas de atendimento e dos prontuários médicos;
- Elaborar relatórios diários sobre o faturamento da Instituição e enviar à Direção da Unidade para análise do comportamento diário das contas faturadas;
- Encaminhar via sistema, as faturas a serem pagas pelo SUS;
- Prestar esclarecimentos à Direção sobre a glosa de faturas efetuadas pelo SUS.
- Gerir recursos financeiros do hospital, monitoramento das receitas e despesas, garantindo a sustentabilidade financeira e a adequação dos recursos para atender às demandas;
- Elaborar e controlar fluxo de caixa do hospital, garantindo que haja disponibilidade de recursos para cumprimento de metas estabelecidas no contrato de gestão;
- Desenvolver de planos financeiros estratégicos, levando em consideração as necessidades específicas do hospital de alta complexidade, incluindo projeções orçamentárias e análise de viabilidade de projetos.
- Monitorar e controlar rigorosamente os custos operacionais, buscando eficiência e economia em compras, contratos e serviços prestados.
- Garantir que os pagamentos aos fornecedores e prestadores de serviços sejam realizados de forma pontual e em conformidade com as normas e regulamentos financeiros.
- Preparar relatórios financeiros e apresentá-los aos órgãos de governança, bem como garantir a transparência e a conformidade com as regulamentações pertinentes.

Unidade de Operações / Apoio:

A Unidade de Operações/ Apoio tem a finalidade de zelar pela total qualidade dos serviços assistenciais de suporte prestados para a Instituição, através do controle e gerenciamento da infraestrutura física e recursos disponíveis, suprindo assim, toda a demanda das áreas fins da Unidade.

Organização e Estrutura:

A Unidade de Operações está diretamente subordinada à Coordenação Administrativo/Financeira da Instituição, sendo subordinada à mesma as seguintes unidades:

- Manutenção;
- Lavanderia/ Rouparia;
- Higiene e Limpeza;
- Serviços Auxiliares.

Atribuições Gerais:

Cabe à Unidade de Operações:

- Planejar, programar, executar e avaliar as atividades desenvolvidas pelas áreas de apoio logístico;
- Garantir a integridade da infraestrutura da Instituição (predial, mecânica, hidráulica e elétrica);
- Garantir a qualidade do atendimento aos pacientes da Instituição por meio do correto e eficiente suporte logístico dos suprimentos utilizados na unidade (medicamentos, materiais médico-hospitalares, gêneros alimentícios e materiais administrativos);
- Zelar pela segurança e controle patrimonial dos bens permanentes da Instituição;
- Prover todos os subsídios para a eficiente operacionalização da Instituição;
- Gerir todos os recursos operacionais da Instituição, destacados os serviços de hotelaria;
- Estabelecer normas de controle e avaliação de utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades de apoio;
- Analisar sob o ponto de vista operacional, propostas para execução de serviços realizados por terceiros em regime de contrato ou convênio;
- Estudar a implantação de novas técnicas nos trabalhos, visando a constante atualização dos serviços técnicos e operacionais da Unidade aos progressos técnicos e científicos;
- Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo/Financeira, relatórios sobre o desenvolvimento da execução das suas atividades e necessidade, principalmente da capacidade de produção da Instituição frente a demandada comunidade e diretrizes de órgãos superiores.

Normas para realização dos procedimentos de aquisição, guarda, recebimento e distribuição de materiais na unidade HERSO

Recebimento:

Recebimento é a atividade intermediária entre as tarefas de compra e pagamento ao fornecedor, sendo de sua responsabilidade a conferência dos materiais destinados à instituição. As atribuições básicas do recebimento são:

- Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
- Analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal e no Manifesto de Transporte com os volumes a serem efetivamente recebidos;
- Proceder a conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e, se for o caso, apontando as ressalvas nos respectivos documentos;
- Proceder a conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos;
- Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;
- Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberar o material desembaraçado para estoque no Almoxarifado.

As atividades de recebimento no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**), abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais compõe um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. O recebimento compreenderá quatro fases:

- Entrada de materiais;
- Conferência quantitativa;
- Conferência qualitativa;
- Regularização.

Entrada de Materiais:

A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:

- A recepção dos veículos transportadores;
- A triagem da documentação suporte para o recebimento;

- Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;
- Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
- Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
- Cadastramento no sistema das informações referentes às compras autorizadas.

As compras não autorizadas ou em desacordo com a programação de entrega devem ser recusadas, transcrevendo-se os motivos no verso da Nota Fiscal. Outro documento que serve para as operações de análise de avarias e conferência de volumes é o "Conhecimento de Transporte Rodoviário de Carga", que é emitido quando recebimento da mercadoria a ser transportada.

As divergências e irregularidades insanáveis constatadas em relação às condições de contrato devem motivar a recusa do recebimento, anotando-se no verso da Nota Fiscal as circunstâncias que motivaram a recusa, bem como nos documentos do transportador. O exame para constatação das avarias é feito através da análise da disposição das cargas, da observação das embalagens, quanto a evidências de quebras, umidade, dentre outros danos.

Os materiais que passaram por essa primeira etapa devem ser encaminhados ao Almoxarifado. Para efeito de descarga do material no Almoxarifado, a recepção é voltada para a conferência de volumes, confrontando-se a Nota Fiscal com os respectivos registros e controles de compra.

Conferência Quantitativa:

É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

Conferência Qualitativa:

Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado material. São utilizados no processo de inspeção: a especificação de compra do material e alternativas aprovadas; desenhos e catálogos técnicos; dentre outros.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos à pintura, etc. A análise dimensional tem por objetivo verificar as dimensões dos materiais, tais como largura, comprimento, altura, espessura,

diâmetro. Os ensaios específicos para materiais mecânicos e elétricos comprovam a qualidade, a resistência mecânica, o balanceamento e o desempenho de materiais ou equipamentos.

Regularização:

Caracteriza-se pelo controle do processo de recebimento, pela confirmação da conferência qualitativa e quantitativa, respectivamente, por meio do laudo de inspeção técnica e pela confrontação das quantidades conferidas e faturadas. O processo de Regularização poderá dar origem a uma das seguintes situações:

- Liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
- Devolução de material ao fornecedor;
- Reclamação de falta ao fornecedor;
- Entrada do material no estoque.

Os procedimentos de regularização, visando à confrontação dos dados, objetivando recontagem e aceite ou não de quantidades remetidas em excesso pelo fornecedor, envolvem os seguintes documentos:

- Nota Fiscal;
- Conhecimento de transporte rodoviário de carga;
- Documento de contagem efetuada;
- Relatório técnico da inspeção;
- Especificação de compra;
- Catálogos técnicos;
- Desenhos.

O material em excesso ou com defeito será devolvido ao fornecedor, dentro de um prazo de 10 dias a contar da data do recebimento, acompanhado da Nota Fiscal de Devolução, emitida pela instituição compradora.

Das Rotina para Recebimento de Materiais

Guarda / Armazenagem:

A armazenagem dos materiais no Almoxarifado Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**) obedecerá a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

- Verificação das condições de recebimento do material;
- Identificação do material;
- Guarda na localização adotada;
- Informação da localização física de guarda;
- Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;
- Separação para distribuição.

Alguns cuidados serão tomados durante o projeto do layout do Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:

- Máxima utilização do espaço;
- Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);
- Pronto acesso a todos os itens;
- Máxima proteção aos itens estocados;
- Boa organização;
- Satisfação das necessidades dos clientes.

No projeto do Almoxarifado serão verificados os seguintes aspectos:

- Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume);
- Corredores (facilidades de acesso);
- Portas de acesso (altura, largura);
- Prateleiras e estruturas (altura e peso);
- Piso (resistência).

Dependendo das características do material, a armazenagem pode dar-se em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma.

Os materiais sujeitos à armazenagem não obedecem a regras taxativas que regulem o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, serão analisados, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Utilizaremos uma simbologia (codificação) alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem. O Almoxarife será o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem.

Distribuição:

A distribuição dos materiais estocados será realizada mediante programação ou necessidade dos demais departamentos do hospital, e será por meio de requisição específica – FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAIS.

Do horário de funcionamento administração geral

Os horários administrativos serão flexibilizados a cumprir das 07:00 as 19 hs em turnos de 8hs dia segunda a sexta feria

Do quadro mínimo de colaboradores

Os documentos referentes a esta comprovação dseguem no **ANEXO I**, ao final desta proposta.

14.4. Quanto A Implemetação Da Gestão

14.4.1. Modelo de Gestão de Proposto:

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

Assim com vista à valorização dos usuários SUS e na promoção da qualidade nos processos realizados, propomos ações de:

- (I) Melhoria da organização interna
- (II) Conscientização e envolvimento de todos os colaboradores
- (III) Aumento da satisfação e confiança dos usuários
- (IV) Melhoria da imagem diante da comunidade
- (V) Aumento da produtividade, aplicando-se ferramentas administrativas e instrumentos de comunicação interna para facilitar o desempenho da gestão e o alcance dos objetivos da qualidade.

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

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

Da melhoria na atenção proposta pelo **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV** faz parte o "respeito e valorização ao paciente e ao colaborador, a humanização do atendimento; a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidade da população do SUS"

Verifica-se a necessidade de novos estilos e práticas de gestão. Mais condizentes e compatíveis com a realidade atual e que possa atender adequadamente às necessidades dos usuários e colaboradores da saúde.

A velocidade das mudanças experimentadas pela sociedade, com reflexos claramente perceptíveis nas organizações, culminou com a adoção de princípios de Administração Flexível que pode ser compreendida como

> "O processo de gestão que leva a instituição a adquirir sensibilidade e capacidade de resposta, no curto prazo, para as alterações no ambiente externo" (INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA)

O modelo gerencial proposto pelo **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, na gestão do **HERSO** será introduzido objetivando maior descentralização das decisões, compartilhamento de autoridade, estrutura dinâmica com interdependência entre os serviços, implicando em mudanças e adaptações contínuas conforme as necessidades ambientais.

O cuidado no Hospital é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, dependente da conjugação do trabalho de vários profissionais.

O cuidado, portanto, é resultado dos somatórios de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão ser complementado, de maneira pactuada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo de complementação, vai compondo o que é proposto como cuidado em saúde.

Uma das sobrecargas, talvez a maior do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resultem em uma dada coordenação do cuidado (MERHY & CECILIO, 2002).

Nesta medida, o tema da integralidade do cuidado no hospital, como nos demais serviços de saúde, passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como estratégia para a gestão hospitalar.

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

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

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

O corpo técnico, por sua vez, em algumas ocasiões, pode, por motivos variados, perder de vista o parâmetro da resolubilidade assistencial em decorrência, entre outros, de deficiências administrativas, escassez de materiais, de equipamentos, de medicamentos, precariedade das instalações físicas etc.

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

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

Assim, resumidamente, o modelo gerencial do **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA,** pressupõe uma maior comunicação e envolvimento entre usuários, prestadores e gestores para que, com soluções compartilhadas, todos sejam corresponsáveis pela qualidade dos serviços e, também, pela viabilidade financeira do sistema, num modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo e um conjunto de práticas que intensifiquem o espírito de gestão por compromissos.

INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA- ISNV, tem a firme convicção de que tem todos os requisitos para tornar-se referência e exemplo de sucesso deste modelo gerencial, no qual o acompanhamento de metas quantitativas e qualitativas monitoradas por indicadores de desempenho, combinado com o treinamento constante dos colaboradores e a transparência na gestão hospitalar visam proporcionar a eficiência dos serviços prestados, que resulta na qualidade assistencial almejada, e, na resolubilidade que gera a contenção frutuosa dos custos e promove a eficácia terapêutica.

No tocante ao Modelo Gerencial, o INSV propõe a adoção do modelo com base na Gestão por Processos para gestão do **HERSO**. A gestão por processos é um modelo de gestão organizacional orientado para o gerenciamento com foco nos processos, com responsabilidades de ponta-a-ponta atribuídas ao gestor de cada processo, cuja função é dirigir a performance do mesmo e garantir que todas as necessidades sejam atendidas.

À frente da Gestão do **HERSO**, o Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitoria irá mapear, monitorar, avaliar e revisar os processos sempre que necessário. Os objetivos e as metas estratégicas serão escolhidos com foco nos resultados, no equilíbrio financeiro, na qualidade, na segurança operacional dos processos, no cuidado centrado no paciente, na transparência, no compromisso socioambiental e na manutenção de um ambiente de aprendizagem, inovação e empatia, embasados nas melhores práticas de governança corporativa.

Assim, o modelo gerencial adotado pelo INSV para Gestão do **HERSO** tem como base gerenciar a inter-relação dos processos administrativos, processos assistenciais e de apoio, através de definição de estratégias, definição e monitoramento de indicadores, e aperfeiçoamento dos processos, quando necessário. Os processos assistenciais são aqueles que se inter-relacionam diretamente com a qualidade e segurança da assistência ao paciente; os processos de apoio são os que sustentam os processos assistenciais, fornecendo produtos e serviços; e os processos administrativos auxiliam na gestão dos serviços.

Deste modo, os processos Gerenciais coordenam os processos de apoio e assistenciais focados em ações da liderança: Diretoria Geral, Coordenações. A Qualidade técnica na Gestão do **HERSO** será garantida pelo INSV através da adequada Alocação de Recursos; Governança Clínica/Cirúrgica de urgência e emergência utilização de ferramentas e dispositivos da Gestão da Clínica/Cirúrgica; estabelecimento de Objetivos, Metas e Indicadores e o alinhamento de Diretrizes Clínicas/Cirúrgicas, Protocolos e Fluxogramas; estabelecimento de Cultura de Segurança para pacientes e profissionais; e Monitoramento dos resultados buscando a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

No que tange aos serviços assistenciais, o modelo de atenção a ser adotado será centrado na pessoa e baseado nas suas necessidades de saúde, adotando os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização (PNH), e tendo o Acolhimento como prática para organização do acesso. Quanto à organização dos serviços, será disponibilizado atendimentos de urgências e emergências nas 24 horas do dia, todos os dias do ano, ininterruptamente, conforme perfil assistencial da Unidade Hospitalar **HERSO**, com objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervindo em sua condição clínica/cirúrgica e podendo contra referenciá-los para os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), para os serviços da atenção básica ou atenção especializada e hospitalar especifica, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população. Para tanto, os processos de trabalho a serem adotados serão descritos à frente.

14.4.2. Estratégias para a Implantação do Modelo de Gestão a Política do Cuidado

A partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, prevendo a redução do risco de doenças e outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, que devem ser garantidos por meio da adoção de políticas públicas, sociais e econômicas, seguindo os seguintes princípios:

- Universalidade – direito a todas as pessoas ao atendimento público de saúde, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.
- Equidade – significa atenção à saúde com recursos e serviços de forma justa, alocando mais a quem tem menos, a fim de reduzir as desigualdades.
- Integralidade – atender a pessoa como um todo com a realização de ações de atenção à saúde na sua totalidade, quer seja curativa, preventiva, individual ou coletiva.
- Participação popular – participação dos usuários dos serviços de saúde e da sociedade civil organizada, através dos conselhos de saúde (permanentes, deliberativos e paritários) e das conferências de saúde (periódicas, consultivas e paritárias).

Neste sentido, a organização da rede de serviços de saúde, de forma regionalizada (local, municipal, regional, estadual e federal) e hierarquizada (atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar), se deu com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da lei nº 8.080. Esta lei define o funcionamento do SUS, instituindo-o legalmente como um sistema dinâmico de organização contínua e crescente das ações de atenção à saúde do povo brasileiro.

A Rede de Assistência à Saúde (RAS), caracteriza-se arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O macro objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada componente deve ser repensado como um agente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta mortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta mortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo

miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). Soma- se a isso o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas. De acordo com o Censo de 2010, 10% da população brasileira contava com mais de 60 anos, o que significa mais de 20 milhões de pessoas (IBGE, 2010).

Além do fator longevidade no País, deve ser considerada a acentuada queda da natalidade, para que novas estratégias em saúde sejam pensadas. O último Censo, realizado em 2010, apresentou, em relação ao censo anterior, um aumento de 12,3% da população brasileira, o que revela uma objetiva diminuição do ritmo do crescimento populacional, se assemelhando a padrões europeus.

Além da mortalidade precoce e das sequelas decorrentes dos acidentes de trânsito, de outras violências e das doenças cardiovasculares (DCV), deve-se considerar os sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por essas condições clínicas e suas famílias. Soma-se a isso o alto custo socioeconômico. Desse modo, a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), mais do que uma prioridade, é uma necessidade premente, de modo a intervir de forma organizada e efetiva sobre tais doenças e agravos.

Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS.

A implementação da gestão do cuidado deverá se dar de forma pactuada entre as três esferas de gestão, permitindo uma melhor organização da assistência, articulando os diversos pontos de atenção e definindo os fluxos e as referências adequados, buscando transformar o atual modelo de atenção, insuficiente e pouco efetivo para dar conta dos desafios sanitários atuais.

O enfrentamento das situações de urgência e emergência e de suas causas requer não apenas a assistência imediata, mas inclui ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o tratamento contínuo das doenças crônicas, a reabilitação e os cuidados paliativos.

E as principais diretrizes que norteiam a implementação da gestão do cuidado são:

- Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;

- Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
- Classificação de risco;
- Regionalização da saúde e atuação territorial;
- Regulação do acesso aos serviços de saúde;
- Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado na Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
- Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
- Centralidade nas necessidades de saúde da população;
- Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinal idade do cuidado em saúde;
- Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
- Articulação Inter federativa;
- Participação e controle social;
- Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transi- tório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas;
- Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

A gestão do cuidado, é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso. As seguintes estratégias são destacadas como prioritárias da gestão do cuidado:

- Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência estratégicas;
- Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
- Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos;

- Criação das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP).

Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

A Valorização Do Trabalhador Do SUS

Promoção e valorização da integração dos profissionais que atuam na unidade, visando minimizar os possíveis conflitos entre aqueles que possuem o vínculo estatutário e aquele que é celetista ou terceirizado.

O colaborador deve ser visto como pessoa criativa, que participa das discussões de grupo, tendo um papel determinante na organização do trabalho e resultados.

A capacitação e aperfeiçoamento de pessoal passa a ser um processo contínuo e permanente, nos postos de trabalho, e, substituição ao treinamento dirigido tradicional.

Os salários e condições de trabalho passam a ser negociados, de forma flexível, em função da condição real específica do hospital. O hospital apresenta total visibilidade no que diz respeito às informações econômicas, financeiras e contábeis no momento da negociação.

O controle de qualidade passa a ser feito em cada etapa do processo de trabalho, o que permite conhecer as falhas e corrigi-las e a comunicação passa a ser essencial em todos os sentidos da hierarquia do hospital.

Há diversificação e capacidade de mudança, no curto prazo, visando adaptações às exigências conjunturais. As estruturas administrativas sofrem mudanças, se tornando mais leves e dotadas de flexibilidade.

A proposta organizacional se assenta em fronteiras menos nítidas da autoridade e da hierarquia, buscando-se a simplicidade através de maior descentralização e sistemas de informação mais diretos e acessíveis para o aprimoramento das comunicações internas.

A atenção é multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado. O modelo objetiva organização descentralizada com unidades autônomas que, a princípio, reflete o todo organizacional.

São projetadas com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder construído no próprio processo de decisão.

Os setores descentralizados são autônomos e independentes, mas tem a sua interdependência garantida através de valores compartilhados e sistema de comunicação intensivo.

Coordenada no topo, a organização flexível possui redundância em muitas tarefas e caracteriza-se por redução de quadro gerencial intermediário. A organização se torna, desta forma, um conjunto de pequenas organizações interdependentes, onde a conexão entre as partes se dá através de intenso sistema de comunicação, em que todas as informações são distribuídas igualmente por todos os setores: organização modular e orgânica.

A organização hospitalar deve priorizar a participação da gestão, dos colaboradores e da comunidade e as ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada.

O modelo é centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde: Humanização da Atenção e o atendimento é priorizado, mediante acudimento com Classificação de Riscos, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso.

14.4.3. Estratégia Operacional

A definição de uma Política de Atenção às Urgências, tendo por base o princípio da integralidade, pressupõe a leitura das necessidades sociais locais, a fim de serem identificados déficits de atenção, desigualdades e iniquidades nos diferentes territórios sanitários, estabelecendo-se desse modo, sob o imperativo das necessidades humanas, a oferta dos serviços de saúde adequados ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

Na parceria estabelecida com o **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, uma das principais metas pactuadas será conseguir avançar na prática abrangente e qualificada para a Atenção às Urgências, visando concretizar acessibilidade universal e resolutividade nas demandas assistenciais.

Para que a parceria possa ser efetiva no que se refere á integração coordenação das ações, em vista da integralidade almejada, torna-se imperativo promover um relacionamento fundado na cooperação entre o Gestor e o Estadual e o **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA** assentado em bases jurídicas solidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e especificas de formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação de sistema, incluindo os mecanismos de interação e de articulação que possam lidar com os conflitos ainda presentes.

As ações devem estar orientadas pelo Princípio da Complementariedade e pela Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual.

Apoiar o Plano de Qualificação às Urgências no âmbito da Unidade hospitalar a partir do estabelecimento das seguintes diretrizes:

- Articular com a Gestão Estadual e Municipal para tratar das relações inter-regionais;
- Facilitar a participação e o acesso dos colaboradores de saúde e do controle social na resolução dos problemas de saúde;
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários;
- Desenvolver campanhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades;
- Estabelecer alianças com organizações governamentais, não governamentais e comunitárias para fortalecer a promoção da saúde e prover fomentos para o desenvolvimento dessas alianças;
- Envolver os colaboradores de saúde, incorporando-os como sujeitos de mudança;
- Reconhecer a educação permanente como ferramenta para qualificar os envolvidos na assistência;
- Garantir que as atividades realizadas reforcem a ação da Gestão Estadual e sejam coerentes com as prioridades de saúde definidas na esfera estadual e orientadas pelo Princípio da Complementaridade;
- Promover um processo e uma estrutura organizacional, cuja prática baseia-se na capacidade de mudança diante das transformações do ambiente externo;
- Avaliar a efetividade e a pertinência das ações utilizando o feedback recebido da população que participou das atividades realizadas;
- Desenvolver tecnologia, experiência e métodos para manejo e comunicação da informação a favor da Gestão Estadual de Saúde;
- Gerar informações qualificadas para a avaliação do desempenho dos serviços;
- Desenvolver instâncias de avaliação da qualidade e da correta análise dos dados coletados;
- Incorporar mecanismos de alocação de recursos para dispor de infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos necessários para o desenvolvimento do projeto;
- Promover suportes logísticos necessários para o desenvolvimento do projeto.

Iniciar o processo de gestão integrada elegendo com a Gestão Estadual, uma linha de cuidado prioritária para ser implementada no primeiro ano. As linhas de cuidado são coordenadas, sempre, por uma dupla formada por um profissional médico e por um profissional enfermeiro, pelo menos, pois há situações nas quais equipes multiprofissionais fazem parte desta composição, pela lógica horizontalizada do cuidado. Os coordenadores de linha têm como atribuições principais:

- Facilitar e estimular uma boa articulação funcional entre as várias unidades de cuidado atravessadas pela linha, buscando a maior integralidade possível da sua produção. Exemplo da importância desta atribuição é pensar o quanto uma assistência qualificada ao parto depende de uma boa articulação entre os profissionais: fazer a recepção da paciente, a garantia de vaga na maternidade, o acesso à sala de parto, os cuidados com a puérpera e com o neonato, a eventual necessidade de leito em unidade de terapia intensiva para a mãe e para o filho, o uso do banco de leite;
- Fazer uma interlocução direta com médicos e enfermeiros, em todos os aspectos de sua vida funcional e profissional, tendo sempre a perspectiva do cuidado.
- Objetivando concretizar estas relações institucionais a Diretoria do hospital deve criar e implementar um Conselho Local de Saúde para melhor articular as tomadas de decisões.
- Desenvolver Projetos que promovam a Melhoria da Atenção no Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime.

Os Projetos de Melhoria da Qualidade da Atenção serão desenvolvidos com objetivos voltados a resolução dos pontos críticos diagnosticados na instituição. Serão construídos na perspectiva da Melhoria da Qualidade de Assistência; Melhoria da Qualidade da Gestão e Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos.

Fundamental reafirmar que o **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, no processo de publicização realizará procedimentos gerenciais que devem estar orientados pelo Princípio da Complementaridade e pela Diretriz do Fortalecimento da Gestão Estadual.

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou complementar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

14.4.4. Estratégia para Melhoria da Qualidade Assistencial

- Avaliar, periodicamente, a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população a unidade hospitalar e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.
- Identificar as barreiras de acesso ao serviço hospitalar.

- Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.
- Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências/emergências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.
- Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.
- Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual e Local de Saúde e setores envolvidos.
- A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção do **HERSO**.

14.4.5. Estratégias de Impacto para a Gestão do **HERSO**

A partir da implementação da nova gestão no **HERSO** pretende-se;

- Angariar a confiança dos trabalhadores do hospital e o apoio da sociedade (a confiança dos trabalhadores se evidenciará pela possibilidade de realizar a prestação do serviço dentro de um ambiente satisfatório, com o amparo de insumos e equipamentos suficientes para a realidade local para a realização da atividade profissional, sem riscos para as partes, bem como com a segurança institucional de validação das ações)
- A construção de um bom clima organizacional perpassa tanto as condições físicas e operativas, quanto as condições psicologias do ambiente de trabalho.
- O apoio da sociedade se conquista a partir de um relacionamento franco, o que implica na qualidade da prestação do serviço.
- Esta ação se dará por meio da identificação das necessidades locais e pelo desenvolvimento de ações e campanhas voltadas para o interesse social, demonstrando que o hospital integra, principalmente, a cidade de Goiânia e metropolitana contribuindo, efetivamente, no encaminhamento da solução de seus problemas.
- Com este modelo de gestão, o **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA** pretende construir uma nova identidade para o **HERSO** na cidade de Goiânia saindo da reação para a prevenção de problemas.

14.4.6. Estratégia para a Mudança do Clima Organizacional do **HERSO**.

Uma nova cultura deverá ser implementada, onde os colaboradores serão valorizados minimizando os conflitos. Deve-se privilegiar a gestão compartilhada, entre os entes Estatutários e Celetistas, sempre com fito na melhor prestação de serviços para os Usuários do SUS.

Existem algumas estratégias clássicas para a implementação de mudanças de clima e de cultura organizacional, tais como:

- Tratar os empregados como ativos valiosos,
- Fornecer oportunidades para o crescimento e desenvolvimento, e clarificar papéis e responsabilidades
- Fazer com que os líderes estejam alinhados com a mudanças que serão propostas e que sejam modelos a serem seguidos
- Promoção de Comunicação eficaz através do compartilhamento das informações sobre as mudanças sobre a gestão e sobre a implantação de novos serviços de forma aberta e transparente envolvendo os colaboradores em todo processo.
- Incentivo a participação ativa dos funcionários nas decisões e projetos relacionados às mudanças e implantação de serviços, promovendo neles a sensação de que fazem parte do processo.
- Oferta programas de treinamento para a equipe, abordando temas relacionado as atividades desenvolvidas dentro da unidade
- Realização de avaliações periódicas do clima organizacional para identificar áreas de melhoria e tomada de ações corretivas quando necessário.
- Estimular a busca por melhorias e novas ideias, criando um ambiente que valorize a criatividade e a inovação.
- Implementar programas de bem-estar para cuidar da saúde física e emocional dos colaboradores, reduzindo o estresse e promovendo a qualidade de vida.
- Fortalecimento do trabalho colaborativo entre diferentes profissionais de saúde, promovendo a sinergia e a comunicação eficiente entre os departamentos

Assim, o **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA** se propõe a compreender as expectativas e construir junto com os colaboradores essa nova visão de futuro para o hospital, alicerçado no compromisso de promover uma administração eloquente, parceira, responsável e fiel ao cumprimento das obrigações assumidas junto a SES/GO.

14.4.7. Estratégia para a Gestão de Pessoal

O capital humano tem sido cada vez mais valorizado pelas organizações, pois elas entenderam que devem oferecer o suporte necessário para que essas pessoas desenvolvam novas aptidões e aperfeiçoem características que já possuem.

Se as pessoas dentro das organizações tiverem oportunidade de progressão, elas vão poder dar o melhor delas, originando resultados positivos para a instituição em questão.

Uma boa gestão dos elementos de uma organização causa um crescimento contínuo, onde todos contribuem para um ambiente de eficiência e eficácia.

De outro lado, a gestão de pessoas no setor público possui algumas particularidades. Ao contrário do que acontece no setor privado, onde o gestor pode contratar indivíduos que apresentem características vantajosas para a organização, no setor público, a lei exige que as contratações sejam feitas mediante concursos públicos.

É por esse motivo que no âmbito do setor público ações de desenvolvimento profissional são cruciais, pois os elementos podem aprender a progredir na carreira, e não aprendem só a cumprir as suas funções atuais de forma mais eficaz.

A área de gestão de pessoas tem a responsabilidade de exercer práticas de gerenciamento, planejamento, avaliação e recompensas, criando e mantendo um ambiente profissional e positivo na organização.

Por se tratar de uma unidade onde haverá empregados com vínculo público e celetistas, a gestão das pessoas se baseará na valorização da pessoa, posto que a valorização e ascensão profissional estarão vinculadas ao quadro de carreira, no caso do colaborador estatutário.

14.4.8. Modelos e Certificações de Qualidade a serem implantados

O INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA se propõe a adotar os princípios de Gestão da Qualidade que serão desenvolvidos considerando a abordagem de processos, ou seja, serão levantados os processos considerados principais de impacto e suas relações internas, e os processos de apoio da Instituição.

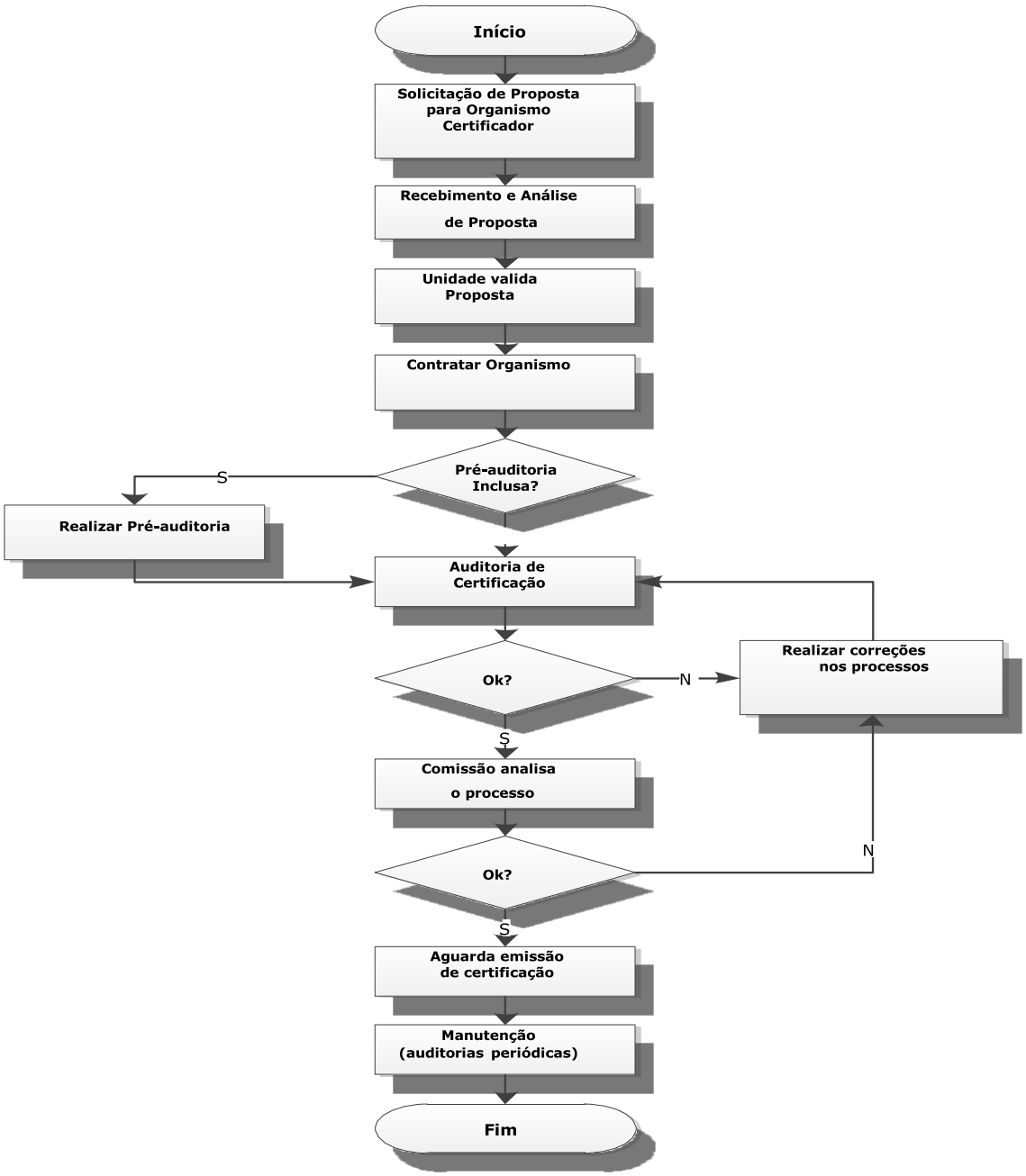
Tal prática permitirá a melhoria da eficácia do Sistema, uma vez que potencializará a confiança da instituição no funcionamento integrado dos seus processos, aumentando assim a satisfação do paciente pelo atendimento sistemático dos seus requisitos.

As estruturas administrativas a serem adotadas estarão estabelecidas em um macro processo a ser elaborado com as sequências e interação das atividades de forma coerente aos requisitos da norma NBR ISO 9001:2008 e ONA segundo o apoio disponibilizado pela SES/GO, em prol da excelência e melhoria continua, e comporá um rol de documentos a serem formatados em manuais e institucionalizados. Portanto, dentre os modelos e certificações de qualidade a que propõe implantar no curso do contrato de gestão, cita-se:

Sistema de Gestão da Qualidade, em busca da garantia da padronização dos processos da instituição e que facilita o acesso e controle das informações;

- **Certificação ISO 9000**, da norma NBR ISO 9001:2008. Que é uma norma internacional que fornece requisitos para o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) das organizações. Faz parte de uma série de normas, geralmente chamada no coletivo de "Série ISO 9000", fundamenta na comprovação de educação, treinamento, habilidades e experiência para comprovar a competência das pessoas que afetam a eficácia e o desempenho do sistema de gestão. Já para a nova versão essa comprovação pode ser obtida através de educação, treinamento ou experiência apropriada.
- **Certificação da ONA** que é concedida à instituição que atender aos critérios de segurança, incluindo aspectos estruturais e de gestão. O certificado é válido por um ano. Todas as informações sobre o Selo de Qualificação estão descritas no Manual Brasileiro de Acreditação: Serviços para a Saúde - Selo de Qualificação ONA.

Figura 14.4.8-1 - Fluxo para Certificação- ISO 9001:2008 e ONA



14.4.9. Indicadores chaves a serem implantados no **HERSO**

Os indicadores de impacto propostos, os quais se encontram formalmente dispostos na Minuta do Contrato de Gestão, se dividem em: indicadores de desempenho, indicadores de

qualidade, indicadores de produtividade e indicadores econômicos- financeiros, conforme quadro exemplificativo a seguir:

Figura 14.4.9-1 - Tabela de Indicadores de desempenho, qualidade e produtividade

Quadro de indicadores de desempenho, qualidade, de produtividade e econômicos-financeiros

INDICADOR	DESCRIÇÃO	MEMÓRIA DE CÁLCULO
Taxa de Infecção Hospitalar	Relação entre o total de infecções ocorridas sem relação com a causa da internação.	Taxa= Total de infecções / Taxas de altas e óbito x 100
Taxa de Mortalidade Global	Relação entre o total de óbitos na unidade durante um determinado período e o total de pacientes saídos (alta e óbitos).	Taxa= Total de óbitos / Taxas de altas e óbitos x 100
Taxa de Ocupação Hospitalar	Relação entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos/dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras.	Taxa= Total de paciente/dia no período de 1 mês / Total de leitos operacionais/dia do período x 100
Média de Permanência Hospitalar	Relação entre o total de pacientes/dias e a quantidade de internações realizadas.	Taxa= Total de paciente-dia no período de 1 mês / Total de pacientes saídos do mesmo período x 100
Tempo médio de disponibilização de resultados de exames para entrega	Relação entre a hora da realização do exame e a hora da disponibilização do resultado para entrega.	Taxa= Hora/dia da disponibilização do resultado do exame para entrega - (menos) hora/dia da solicitação do exame / Somatório da quantidade de exames
Índice de Satisfação do Usuário	Relação entre a quantidade de avaliação de bom e ótimo e o total de pesquisas realizadas, mediante entrevista direta.	ISC = Quantidade de avaliação entre bom e ótimo / Total de avaliações x 100

A construção destes números será feita pela unidade de Estatística com divulgação interna. Reuniões periódicas serão realizadas para avaliar o panorama de cada serviço, com foco na promoção da melhoria contínua, atendendo aos parâmetros propostos pela SES/GO, conforme tabela a seguir:

Quadro 14-3 - Indicadores

QUADRO DE PARÂMETROS - INDICADORES	
Média de permanência hospitalar	8 dias

Taxa de Infecção Hospitalar	<= 6%
Taxa de Mortalidade Global	<= 8,5%
Taxa de Ocupação Hospitalar	80%
Tempo de Entrega do Exame	12 horas
Índice de Satisfação do Usuário	>= 80%

Um serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do usuário. A qualidade é atingida quando estão satisfeitos determinados requisitos básicos da qualidade:

1 Qualidade Intrínseca:

Refere-se às características específicas do produto (bens ou serviços) capazes de promover a satisfação do paciente, incluindo a ausência de problemas, a presença de características que encantem o consumidor, qualidade das pessoas que trabalham na instituição, qualidade de treinamento dessas pessoas, entre outras.

Na gestão da saúde, refere-se à qualidade da prestação do serviço à comunidade, gerando sua breve recuperação ou a manutenção de sua saúde. Além disso, a humanização do atendimento e o "bem servir" também estão associados.

2 Custo Compatível

Relaciona-se ao custo operacional da prestação do serviço, envolvendo os custos de utilidades, insumos, pessoal (contratação, recrutamento e treinamento), logística e administração. O custo deve ser o menor possível para que clientes e acionistas se sintam satisfeitos.

No caso da Administração Pública, este indicador possui um peso ainda mais significante, uma vez que representa o investimento do dinheiro público em prol da comunidade. Quanto melhor for a gestão dos custos, maior parcela da população poderá ser atendida.

3 Entrega Em Tempo Hábil

Diz respeito à entrega dos produtos e serviços, que deve ser feita na data, local e quantidade corretos. Nas unidades hospitalares está associado ao tempo de espera para atendimento, recebimento de exames, marcação de consultas etc.

A produtividade pode ser demonstrada da seguinte maneira:

$$P = Q/C;$$

(P = produtividade, Q = qualidade e C = custos)

Essa produtividade pode ser melhorada com o aperfeiçoamento de três componentes básicos que são: o hardware (equipamentos e materiais), o software (procedimentos ou "maneira de fazer as coisas") e o humanware (ser humano).

É importante, nesse ponto, ressaltar que ninguém implanta a qualidade e sim a Gestão, ou seja, as ações para atingir os resultados.

Os indicadores de desempenho que o INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA utiliza são compostos por indicadores que contemplam 3 aspectos essenciais para uma gestão eficaz no atendimento aos usuários do **HERSO**:

- Indicadores referentes à Resolubilidade no Atendimento dos Usuários,
- Indicadores referentes à Satisfação dos Usuários;
- Indicadores referentes à gestão dos custos.

O diferencial do INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA em relação a outros modelos de gestão decorre do fato de que a ênfase é para o tripé Resolubilidade, Satisfação dos Usuários e Custos.

Buscamos otimizar o processo de gestão hospitalar, focando nos indicadores de desempenho desses três grupos de indicadores. Obviamente, muitos outros indicadores têm a sua importância dentro do contexto de gestão hospitalar, como por exemplo turn over de colaboradores etc.

No entanto, entendemos que determinados aspectos devem ser priorizados na gestão hospitalar, como explicado. O modelo gestão de pessoas prioriza a meritocracia, a educação continuada como meio para o desenvolvimento humano e profissional, o foco no paciente/usuário e o estímulo à participação dos colaboradores na melhoria dos processos.

14.4.10. Indicadores de Gestão

Indicadores de gestão são ferramentas utilizadas para avaliar o desempenho de uma instituição. Por meio deles, a organização será melhor orientada a dados, com métricas e resultados claros por cada área, facilitando, assim, a tomada de decisão.

Os indicadores de gestão propostos pela gestão do INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA serão mensais e terão periodicidade diferentes e, podem ser consolidados por períodos tais como trimestres, semestres e anual para oferecer uma visão da evolução das atividades.

14.4.10.1. Indicadores de Recursos Humanos

São indicadores a ser adotados pelo INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA:

- Número pessoas por área, pessoas por leito por área;
- Índice de treinamento de pessoal administrativo índice de treinamento de pessoal assistencial turno ver por área (%);
- Índice de absenteísmo por área (%);
- % Acidentes do trabalho por área;
- % Desvio em relação ao orçado (R$) por área/departamento do hospital;
- Acidentes com afastamento por área.

14.4.10.2. Indicadores Administrativos e Financeiros

São indicadores administrativos e financeiros utilizados pelo INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA:

- Custo por tipo de cirurgia/especialidade/equipe cirúrgica. Custo por exame de SADT;
- Giro do estoque, por tipo de item/grupos;
- Custo de carregamento de materiais/medicamentos em estoque;
- Análise do prazo médio de pagamento de fornecedores com sugestões de estratégias de negociação para ampliação;
- Relatório de falta de materiais/medicamentos (diário);
- Contratos de manutenção com acompanhamento em dia;

- Desvio em relação ao orçado (R$) por área/departamento do hospital;
- Desvio em relação ao orçado (R$) por tipo de despesa;
- Revisão do Orçamento (trimestral). Análise das Despesas Operacionais,
- Análise dos Investimentos realizados. Resultado Financeiro;
- Títulos protestados (diário);
- Indice e Relatório de glosas (R$) com motivos;
- Índice de prontuários entregues fora do prazo para o faturamento;
- Índice de informações entregues fora do prazo para a SES – GO;
- Valor e número dos ajustes de estoques para mais e para menos, por família de material e curva ABC dentro das famílias.

14.4.10.3. Indicadores da Operação Hospitalar

São indicadores hospitalares adotados pelo INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA

- Censo hospitalar: pacientes internados por setor (diário);
- Censo hospitalar: cirurgias por especialidade/equipe diário);
- Censo hospitalar: SADT (diário);
- Admissões/altas/consultas no PA (por especialidade), eletivas e retorno (diário);
- Controle de medicamentos controlados (consumo) (diário);
- Protocolos clínicos implantados (mensal);
- Dispensação de medicamentos (prazo médio em minutos entre recepção da solicitação e dispensação);
- Comissão de Revisão de Prontuário (número de ações);
- Comissão de Verificação de Óbito (número de ações);
- Comissão de Eventos Adversos (número de ações);
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (número de ações);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica (número de ações);
- Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (número de ações);
- Equipe multidisciplinar de Terapia Nutricional (número de ações);
- Prazo médio de internação por especialidade/setor de internação;
- Cirurgias suspensas (número) e motivo (diário);
- Número consultas de psicologia/ fisioterapia/ fonoaudiologia /nutrição /enfermagem /odontologia/ farmácia clínica e serviço social;

- % de conformidade de calibração de equipamentos (engenharia clínica);
- Horas centro cirúrgico indisponíveis pela manutenção;
- Dias/leito por setor indisponível pela manutenção;
- Tempo médio de limpeza concorrente nos leitos de internação;
- Tempo médio de limpeza no centro cirúrgico: cirurgias limpas e sujas;
- Quantidade e valor dos ajustes decorrentes da auditoria médica interna.

14.4.10.4. Indicador de Espera de Usuários

São indicadores de espera de usuários adotados pelo INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA:

- Número de pacientes em espera para procedimentos cirúrgicos /SADT/ consulta especializada (diário);
- Número de dias de espera para procedimento cirúrgico/SADT/consulta especializada (diário);
- Número de minutos de espera para atendimento de consultas no PA.

14.4.10.5. Indicador de Atividade Assistencial

São indicadores de atividade assistencial adotados pelo INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA:

- Taxa de mortalidade geral;
- Taxa de mortalidade por setor de internação. Taxa de mortalidade por especialidade médica. Taxa de infecção hospitalar geral;
- Taxa de infecção hospitalar por setor de internação. Taxa de infecção hospitalar por especialidade médica. Taxa de infecção hospitalar por cateter venoso;
- Taxa de infecção hospitalar por cateter umbilical. Taxa de infecção hospitalar por cateter vesical;
- Taxa de infecção hospitalar por ventilação mecânica. Taxa de reinternação para pacientes da clínica cirúrgica. Taxa de atendimento a pacientes referenciados.

14.4.10.6. Indicadores da Garantia da Qualidade

São Indicadores Da Garantia Da Qualidade adotados pelo **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA:**

- Número de respostas às pesquisas de satisfação efetuadas no mês anterior (ativas e passivas).
- Relatório detalhado da pesquisa de satisfação do mês anterior;
- Relatório das ações e resultados em relação aos relatórios anteriores ao do mês anterior;
- Relatório de Indicadores dentro da meta (painel de controle). Índice geral de satisfação dos usuários;
- Índice de satisfação dos usuários (setorial).

14.4.10.7. Indicadores da Residência Médica

São indicadores da residência medica a ser adotado pelo INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA

- Relatório mensal sobre principais eventos, resultados, demandas, sugestões, informações gerais da residência médica,
- % de residentes contratados
- % de residentes em rodizio de outras programas
- % de desistência do programa
- % de concorrentes para os programas da unidade

14.4.10.8. Indicadores da Residência Multiprofissional e Uni Profissional

São indicadores da residência multiprofissional e uni profissional a ser adotado pelo INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA

- Relatório mensal sobre principais eventos, resultados, demandas, sugestões, informações gerais da residência multiprofissional e uni profissional,
- % de residentes contratados
- % de residentes em rodizio de outras programas

- % de desistência do programa
- % de concorrentes para os programas da unidade

14.4.10.9. Indicadores de Estágio Obrigatório

São indicadores de estagio obrigatório a ser adotado pelo INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA:

- Relatório mensal sobre principais eventos, resultados, demandas, sugestões, informações gerais do estagio
- % de residentes de vagas ofertadas e utilizadas
- % de desistência da vaga ofertada

14.4.10.10. Indicador do Jurídico e Fiscal

São indicadores do jurídico e fiscal a ser adotado pelo INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA:

- Quadro geral de certidões/alvarás/autorizações do **HERSO** com previsão de vencimento e prazo de obtenção;
- Quadro geral de processos em andamento, iniciais etc. com a avaliação de probabilidade de sucesso do corpo jurídico (provável, muito provável, pouco provável) e consequente estimativa de custos (comparado com os seguros contratados – a ser elaborado pela área administrativa e financeira);
- Acompanhamento de liminares.
- Acompanhamento de bloqueios/resgates judiciais;
- Acompanhamento de processos trabalhistas e risco de penalização.

14.4.10.11. Indicador de Produtividade

São indicadores de produtividade a ser adotado pelo INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA:

- Relação número pessoas por leito/setor de internação;

- Custo de pessoal por leito/setor de internação;
- Prazo médio de permanência por tipo de paciente: clínico/cirúrgico/setor de internação /especialidade/equipe médica;
- Taxa de ocupação de leitos por setor de internação;
- Giro (pacientes/dia) de leitos por setor de internação;
- Utilização do centro cirúrgico por dia da semana número /horas /especialidade/ equipe cirúrgica.

14.4.11. Proposta de Modernização Gerencial

No que diz respeito ao papel das unidades que viabilizam a prestação dos serviços à população, um amplo quadro de deficiências também carece de firme enfrentamento. Os sistemas de saúde abrigam estabelecimentos assistenciais de funções diversas e diferentes níveis de especialização, sendo que os hospitais ocupam papel de destaque, o que os torna o principal polo de concentração de tecnologias, recursos humanos e econômicos e lhes confere uma complexidade que nenhum outro estabelecimento de saúde possui.

Neste sentido a Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu Informe Técnico n 122 de 1957, definiu que:

> "O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais".

Afirma ainda o Informe Técnico que as funções do hospital são:

I) Prevenir a doença;
II) Restaurar a saúde;
III) Exercer funções educativas; e,
IV) Promover a pesquisa.

Partindo do pressuposto de uma visão "*Ampla E Comprometida Com A Modernização*" e que o **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA** propõe aplicar os métodos gerenciais que não limitam as relações técnicas em detrimento das sociais, coloca como importante a criação de espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação

(escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e à tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos) para o envolvimento da equipe constituindo-se em locais concretos de produção de subjetividade e busca de autonomia dos trabalhadores.

Criar espaços com finalidade de construir a rede de relações nas equipes assistenciais e demais equipes de apoio e do hospital, de forma a romper com a linearidade, torná-la aberta, descentralizada, dinâmica e horizontal e que seja capaz de auto regular-se.

Além dos espaços, a forma de condução também foi pensada, e o uso das ferramentas da qualidade tais como o Diagrama de Ishikawa (ou espinha de peixe ou de causa e efeito), o 5W e 2H (O que, Por quê, Como, Onde, Quando, Quem, Quanto custa) e a formação de grupos de trabalho com função específica que requer estudo e elaboração de propostas e/ou construção de projetos para resolver as questões relevantes.

Em síntese, este modelo voltado para o coletivo organizado tem como objetivo principal a prestação de uma assistência qualitativa aos usuários e, por outro lado, estes serviços precisam estar estruturados para atingir a sua finalidade produtiva, ou seja, a produção de ações de saúde, realizadas de forma ética, digna e segura.

O método de trabalho para condução da gestão será:

- Diagnóstico organizacional: formulação e priorização do problema;
- Definição dos objetivos;
- Estabelecimento de metas;
- Ações estratégicas;
- Avaliação dos resultados.

As ferramentas ou instrumentos para gestão, entre outros, serão considerados e aplicados segundo o plano de trabalho a ser executado, por exemplo:

- Liderança: reuniões, Brainstorming, Diagrama de Ishikawa;
- Comunicação e envolvimento: mural, reuniões, internet, intranet e outros Recursos,
- Ações estratégicas: 5w2h (o que? Por quê? Quem? Quando? Como? Onde? Quanto?);

Das Ferramentas ou Instrumentos da Qualidade Lideranças

Com uma vasta experiência na capacidade e habilidades de gerenciar, motivar, estimular, inspirar e gerir um conjunto de profissionais de saúde, fomentando e promovendo aptidões específicas de um perfil profissional, que direciona a equipe para atender os objetivos

da organização e que o INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA atuara na gestão do **HERSO** com as seguintes ferramentas

- Diagrama de Ishikawa: identificar a semelhança entre o resultado e todas as causas de um problema.
- Gráfico de Pareto: favorecer a identificação, a medição e a prioridade dos problemas mais constante de um processo.
- Fluxogramas: proporcionar uma descrição de fácil visualização das sequências das etapas do processo por meio de gráfico de barras.
- Carta de Controle: acompanhar a variabilidade por meio da medição e o tempo do processo e é um gráfico.
- Folha de Verificação: numerar as constantes ocorrências de um processo produtivo, em um determinado período de tempo.
- Histogramas: colaborar por meio da união dos dados, a medição e tornar visível a flexibilidade de um determinado processo e é representado por um gráfico.
- Diagrama de Dispersão: fornecer dados estatísticos das variáveis dependentes e independentes de um processo produtivo.
- Matriz de GUT: representar os problemas ou riscos potenciais por meio das prioridades, visando diminuir os efeitos.
- Brainstorming: detalhar as percepções em relação a um determinado assunto, buscando assim diferentes opiniões a partir da criatividade coletiva.
- 5W2H: representar e unificar os processos, na organização de planos de ação e na afirmação de métodos adjuntos aos indicadores, sendo assim de cunho gerencial.
- 5'S: colaborar na modificação comportamental dos colaboradores, a fim de ter um senso de organização conservando o ambiente agradável e abolindo os desperdícios.
- PDCA: é uma ferramenta da Qualidade, a ser utilizada para que as metas estabelecidas sejam atingidas. Visa controlar e alcançar resultados eficazes nas atividades da organização.
- MAMP: ferramenta que possibilita melhorar permanentemente os processos da instituição, com uso de metodologia padronizada, de relativamente fácil apreensão e monitoramento
- MATRIZ SWOT/FOFA: Uma análise SWOT é uma técnica usada para identificar forças, oportunidades, fraquezas e ameaças para a sua instituição ou até para um projeto específico.
- BALANCED SCORECARD/BSC: é um sistema de gestão estratégica baseado em indicadores de desempenho que promove o alinhamento de todas as atividades do

negócio com a estratégia, monitorando constantemente o desempenho dos objetivos estratégicos.

- AUDITORIAS INTERNAS é uma forma de identificar corretamente questões delicadas e importantes dentro das instituições.

Na unidade o uso destas ferramentas não abona, por si só, a solução dos problemas, mas somente seu entendimento. Por isso, será indispensável envolver todos os colaboradores no processo de conscientização da melhoria contínua, visando, que os mesmos, apreciem intensamente o procedimento, o bem ou o serviço a ser aperfeiçoado.

Deste modo, os envolvidos necessitam ter competência para conhecer as ferramentas da qualidade, bem como, quando, por que e como utilizá-las na instituição.

Nesse contexto, é importante destacar que algumas ferramentas são utilizadas com menor assiduidade e outras são aplicáveis em determinadas atividades. De acordo com os especialistas e usuários serão incorporadas as ferramentas de controle e/ou de planejamento.

Ações Estratégicas de Melhoria da Gestão

1. PDCA

O Ciclo PDCA é uma ferramenta dividida em quatro etapas e utilizada para solucionar problemas que não são facilmente visualizados na solução de problemas nas instituições e é uma das metodologias mais usadas. Assim como para a melhoria contínua de processos.

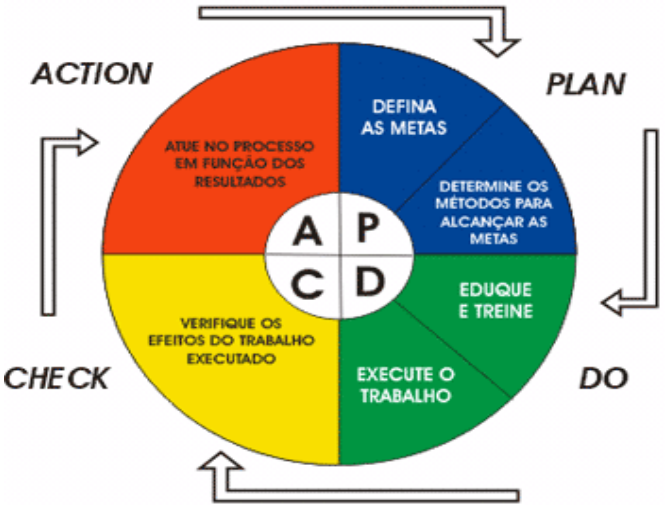
Geralmente, esses problemas também já sofreram diversas tentativas falhas de solução. Dessa forma, suas finalidades são acelerar e aperfeiçoar as atividades de uma instituição, por meio da identificação dos problemas, de suas causas e das possíveis soluções.

O PDCA é uma ferramenta da Qualidade, a ser utilizada para que as metas estabelecidas sejam atingidas. Visa controlar e alcançar resultados eficazes nas atividades da organização.

As etapas do PDCA são compostas por quatro fases: Planejar, Executar, Verificar, e atuar corretivamente.

O PDCA é implantado em 6 fases conforme PDCA a seguir:

Figura 14.4.11-1 - Fluxo PCDA



- P (Plan) - Planejar

Nesta etapa são definidas as metas. Após definidas as metas, deve-se buscar os meios necessários (humanos, físicos, financeiros etc.) e os respectivos procedimentos para alcançá-las.

- D (Do) – Desenvolver/Executar

Nesta fase os envolvidos devem ser treinados nos procedimentos (os quais, por sua vez, têm como base as metas pré-definidas) e em seguida deve-se realizar as atividades, tabulando e armazenando dados para a fase posterior de verificação.

Etapa de gestão, na qual verifica-se se as ações executadas estão de acordo com os procedimentos, e se as metas estão sendo atingidas. Os dados utilizados são os coletados na etapa anterior.

- C (Check) – Verificar

É a análise ou verificação dos resultados alcançados e dos dados coletados. Esta etapa pode se desenvolver tanto ao mesmo tempo em que o plano quando é elaborado – quando se verifica se o trabalho está sendo feito da forma devida – quanto após a execução, quando são feitas as análises estatísticas dos dados e a verificação de todos os itens. O principal objetivo desta fase é detectar eventuais erros ou falhas.

- A (Act) – Agir

Esta etapa é a corretiva, ou seja, se o procedimento não está sendo observado adequadamente pela equipe ou mesmo se o procedimento necessita ser revisto, porque não

está satisfazendo à necessidade de atingir às metas, é necessário atuar corretivamente, através de planos de ação, para correção de procedimentos, ações etc. visando atingir as metas estabelecidas.

O objetivo final é a melhoria contínua a partir do atingimento das metas.

2. MAMP

O INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA utilizará a ferramenta MAMP (Metodologia de Análise e Melhoria de Processo) que se tornou o modelo mais aplicado no setor de saúde em virtude da aderência aos diversos programas de acreditação e melhoria da qualidade.

É uma ferramenta já bastante difundida, muito útil em qualquer processo que almeje atingir níveis de excelência na qualidade dos produtos ou serviços ofertados, e para a obtenção de certificações e acreditações em geral.

O objetivo é melhorar permanentemente os processos da instituição, por meio de metodologia padronizada, de relativamente fácil apreensão e monitoramento.

O MAMP possibilita a identificação de desvios, correção de erros produzindo alertas para disparar as ações corretivas.

O MAMP é uma ferramenta gerencial analítica e de comunicação para ajudar a melhorar os processos existentes.

- Mapeamento de Processos (que são formas de se fazer alguma coisa. O processo é composto por etapas que controlam ou transformam materiais, serviços ou mesmo outros processos);
- Monitoramento dos processos e seus resultados (o que não se pode medir, não se pode controlar);
- Identificação e priorização de problemas e suas causas (evitar culpar as pessoas: o objetivo é resolver os problemas);
- Ações corretivas, preventivas e de melhoria;
- Documentação e procedimentos operacionais.

A aplicação do MAMP compreende a seguinte sequência:

- Mapeamento do processo;

- Elaboração de fluxograma. Identificação do problema;
- Priorização dos problemas;
- Identificação das causas dos problemas;
- Priorização das causas dos problemas;
- Identificação das alternativas de solução;
- Normatização do processo corrigido.

3. DIAGRAMA DE ISHIKAWA

Processo é um conjunto de causas que provoca um ou mais efeitos. Quando algo acontece (resultado, efeito), um conjunto de causas (meios) podem ter influenciado esse acontecimento.

Para que não se confundisse causas com efeitos durante o gerenciamento, os japoneses criaram o "diagrama de causa e efeito", que é comumente chamado de "diagrama de espinha de peixe" ou "Diagrama de Ishikawa", conforme a Imagem a seguir:

Uma instituição é um processo e dentro dela estão vários outros processos menores, que compõem o fluxo de produção dos bens ou fornecimento dos serviços.

O primeiro passo para o controle dos processos consiste em identificar os clientes de determinado processo que devem ter suas necessidades atendidas.

Muitas vezes esses clientes são áreas ou departamentos internos, ou seja, clientes internos, fato que não torna menos importante o cuidado com a sua satisfação.

Após essa identificação, devem ser estabelecidas as características de qualidade do produto que irão satisfazer o paciente e que devem ser transformadas em grandezas mensuráveis, denominadas itens de controle.

Itens de controle são características mensuráveis por meio das quais um processo é gerenciado.

Esse índice mede a qualidade intrínseca, o custo, o prazo/data da entrega, a segurança do serviço que será ofertado ao paciente e o moral das pessoas que trabalham em seu processo de fabricação.

Tem-se, assim, que um processo é gerenciado pelos seus itens de controle, os quais são acompanhados periodicamente para que seja possível a identificação de problemas e sua respectiva remoção.

Para a Qualidade Total, qualquer problema representa um resultado indesejável de um processo, ou seja, um item de controle que não atingiu o esperado. O único critério para a existência de um problema é a insatisfação do responsável pelo controle do processo com os resultados obtidos em seu item de controle.

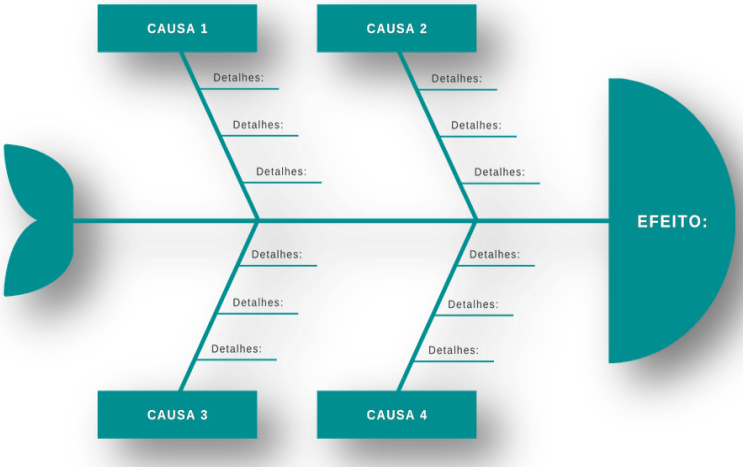
Desse modo, observa-se que, nos dias de hoje, o bom gerente não é mais aquele que não possui problemas por estar acomodado, mas sim aquele que identifica seus problemas e procura melhorar os resultados de seus processos.

Controlar um processo é saber identificar um problema, analisar o processo, padronizá-lo e estabelecer itens de controle para que o problema nunca mais volte a ocorrer.

O ato de padronizar e estabelecer itens de controle após a análise dos processos constitui um replanejamento do processo. Existe, além do lado técnico acima descrito, o lado humano do controle de um processo.

Os japoneses têm como princípio a visão de que o homem possui uma natureza boa. Logo, quando um problema ocorre, não existe um culpado e sim causas que devem ser investigadas por todos.

Figura 14.4.11-2 - Modelo de Diagrama



4. MATRIZ SWOT/FOFA

Uma análise SWOT é uma técnica usada para identificar forças, oportunidades, fraquezas e ameaças para a sua instituição ou até para um projeto específico. Embora ela seja principalmente usada por organizações, desde pequenas instituições e organizações sem fins

lucrativos até grandes corporações e, a análise SWOT pode ser usada tanto para fins pessoais quanto profissionais.

A matriz SWOT/FOFA e composta por 4 elementos a seguir:

Figura 14.4.11-3 - MATRIZ SWOT

Forças

As forças, no contexto da SWOT, se referem às iniciativas internas que estão com um bom desempenho. Elas podem ser comparadas a outras iniciativas ou a uma vantagem competitiva externa. Examinar essas áreas ajuda a entender melhor o que está funcionando bem para usar essas técnicas bem-sucedidas, portanto, as suas forças em outras áreas que possam precisar de auxílio, como para aumentar a eficiência da equipe.

Quando estiver pesquisando sobre as forças da sua organização, comece perguntando-se o seguinte:

- O que fazemos bem?
- O que diferencia a nossa organização?
- De que o nosso público-alvo gosta na nossa organização?

Fraquezas

Na SWOT, as fraquezas se referem às iniciativas internas que estão com desempenho abaixo do esperado. É uma boa ideia analisar primeiro as forças para que você possa criar um parâmetro do que é um desempenho bom ou mau.

Identificar as fraquezas internas é um bom ponto de partida para melhorar esses projetos.

Assim como na análise das forças, é possível fazer-se diferentes perguntas para começar a identificar as fraquezas:

- Quais iniciativas estão com desempenho abaixo do esperado e por quê?
- O que poderia melhorar?
- Quais recursos poderiam melhorar o nosso desempenho?

Oportunidades

Na SWOT, as oportunidades são o resultado das suas forças e fraquezas existentes somadas a quaisquer iniciativas externas que colocarão a sua instituição em uma melhor posição competitiva. Elas podem ser qualquer coisa, como fraquezas que você gostaria de melhorar ou áreas que não foram identificadas nas duas primeiras fases da sua análise.

Como há diversas formas de encontrar oportunidades, vale a pena considerar estas perguntas antes de começar:

- Quais recursos podemos usar para melhorar as nossas fraquezas?
- Existem lacunas de assistência nos serviços que prestamos?
- Quais são as nossas metas para o ano?

Ameaças

As ameaças, na SWOT, se referem às áreas que podem causar problemas. Elas são diferentes das fraquezas, pois as ameaças são externas e costumam estar fora do seu controle. Podem ser qualquer coisa, desde uma pandemia a uma mudança no cenário competitivo.

Estas são algumas perguntas que você pode fazer para identificar ameaças externas:

- Quais mudanças no hospital são motivos de preocupação?
- Quais são as novas tendências da assistência no cenário nacional do SUS?
- Em que pontos nossos concorrentes têm um melhor desempenho que o nosso?

5. 5W2H.

Nesta fase serão aplicadas as melhorias nas causas dos problemas. Para isso, é importante trabalhar próximo das pessoas que estão no desenvolvimento do produto e processos. Na fase de Melhoria o documento mais importante a ser elaborado pela equipe é o Plano de Ação. Uma boa recomendação é o uso da ferramenta conhecida como 5W2H. Possivelmente muitas soluções serão apresentadas e algumas serão testadas

Nele devem constar, no mínimo:

a) Ação a ser tomada (com base nas fontes de variação identificadas durante a fase de Análise);

b) Responsável por cada ação;

c) Data prevista de implementação;

d) Data de emissão do documento e data de revisão;

e) Se possível, um indicador de acompanhamento da ação.

As etapas deste processo são:

- Levantamento de possíveis soluções;
- Implantação das soluções;
- Avaliação de eficiência.

Figura 14.4.11-4 - 5W2H

6. Balanced Scorecard -BSC

O Balanced Scorecard - BSC surgiu da necessidade de criação de valor das organizações não só por uma perspectiva financeira, mas também por uma perspectiva baseada no conhecimento, que explora os ativos intangíveis da organização. O BSC foi desenvolvido originalmente por dois professores da Harvard Business School, Robert Kaplan e David Norton em 1992. Os professores desenvolveram essa ferramenta com o objetivo de resolver as limitações percebidas sobre os indicadores disponíveis, que não mais eram suficientes para se avaliar o valor e o desempenho das instituições, adotando um princípio de gestão balanceada. Com esse princípio, será possível a quantificação de ativos tangíveis e intangíveis.

Conforme a metodologia de Robert Kaplan e David Norton, os objetivos do BSC, de acordo com a estratégia, são relacionados em 4 perspectivas: **financeira, paciente, processos internos e aprendizado e crescimento.**

Conceitualmente, o Balanced Scorecard é um sistema de gestão estratégica baseado em indicadores de desempenho que promove o alinhamento de todas as atividades do negócio com a estratégia, monitorando constantemente o desempenho dos objetivos estratégicos.

Sua construção tem como principais objetivos:

- Esclarecer e traduzir a visão e a estratégia em termos operacionais;
- Comunicar a estratégia para toda a organização (visão compartilhada);
- Garantir que os componentes da estratégia (objetivos, indicadores e ações) estejam relacionados entre si;
- Desenvolver o aprendizado estratégico;
- Formar a base de um processo de gerenciamento estratégico integrado, contínuo e eficiente.

Além disso, o Balanced Scorecard mostrou-se uma excelente ferramenta de gerenciamento, aplicável na implementação de novas estratégias. Deve-se a isso o fato de ela promover uma relação entre a missão, visão, estratégia e as tarefas e ações operacionais da organização.

Quadro 14-4 - Balanced Scorecard

7. AUDITORIAS INTERNAS

INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA instituirá uma Gerência da Qualidade, pela adoção de uma cultura administrativa focada na melhoria contínua, na qualidade, na eficiência e na satisfação dos usuários exige planejamento estratégico, controle permanente das atividades através de ações de monitoramento dos resultados e ações de melhoria/correção de processos. Os processos de monitoramento e avaliação permitem o efetivo acompanhamento de todos os processos e dos resultados finais.

Esse acompanhamento deve ser realizado através de mecanismos de Regulação e Auditoria interna possibilitando a alimentação do ciclo da gestão da qualidade.

O monitoramento de indicadores que meçam o desempenho, a qualidade, a produtividade e os resultados econômico-financeiros é fundamental para que as gestões das Unidades de Saúde possam atingir os resultados esperados quanto às metas e, o mais importante, a satisfação do usuário.

O monitoramento de indicadores possibilita uma reação rápida na eventualidade de desvios em alcançar as metas propostas, quando existem insatisfações dos usuários, dos colaboradores ou fornecedores.

Embora os principais indicadores das Unidades assistenciais de Saúde (qualitativos, quantitativos e econômicos) venham a ser controlados e acompanhados pelos gestores de Saúde, a agilidade na solução de problemas e correção de rumos é imprescindível para uma gestão eficaz.

Com o objetivo de acompanhar permanentemente, e mais de perto, os indicadores, e prevenir e/ou identificar com rapidez desvios em relação a metas, ética etc. (desvios estes provenientes de colaboradores, parceiros, usuários ou fornecedores), as unidades assistenciais, terão sob a responsabilidade da Gerência da Qualidade as Auditorias Internas.

Atributos da Auditoria Interna:

- Avaliação, controle e fiscalização dos serviços de saúde, visando à melhoria da área assistencial com adequada utilização de recursos;
- Acompanhar os principais indicadores qualitativos, quantitativos e econômicos das Unidades de Saúde informando, diretamente, ao Diretor Geral.

Sobre desvios relevantes:

- Propor correções;
- Desenvolver ações proativas nos processos gerenciais;
- Processo de verificação multiprofissional;
- Defender os interesses as Unidades de Saúde.

Objetivos finais:

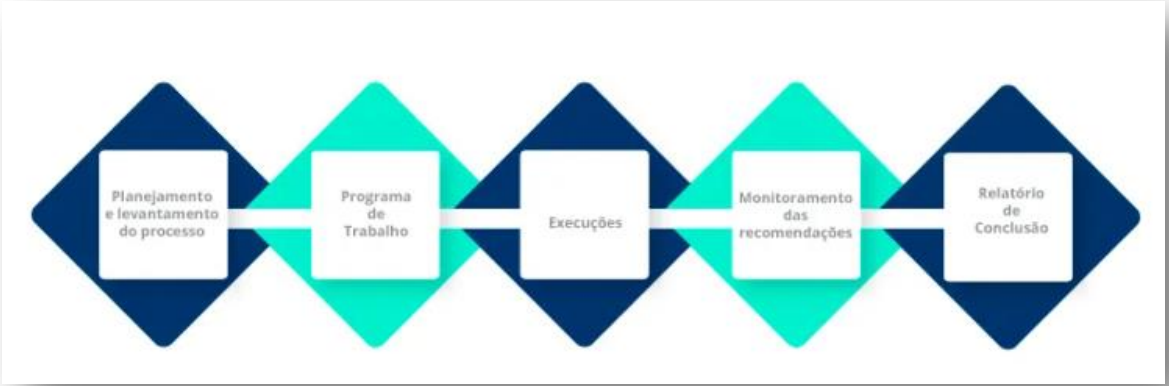
- Qualidade, Custo, Acesso;
- Foco nos Usuários;
- Governança corporativa, Responsabilidade Social e Ética.

A Auditoria Interna tem como prioridades:

- Estruturação de sistemas de informação e de indicadores para monitoramento da gestão e da qualidade do cuidado aos usuários;
- Gestão da qualidade: auditoria de qualidade inconformidades e eventos sentinelas;
- Monitoramento da escuta qualificada do usuário: satisfação do usuário, ouvidorias, reclamações e denúncias como eventos sentinelas;
- Monitoramento dos registros hospitalares: integração dos setores de arquivo, das comissões internas de prontuário, óbitos, infecção hospitalar e vigilância epidemiológica, com foco no acesso, qualidade e custo da atenção;
- Monitoramento dos registros da produção nos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar: auditoria de prontuários (por amostragem) com vistas à melhoria da qualidade das informações de faturamento e redução de glosas;
- Monitoramento das linhas de cuidado: Acolhimento e humanização, Clínica ampliada e Sistema de triagem de risco para as urgências.

Todas as Auditorias nos Sistemas de Gestão da Qualidade, Gestão Ambiental e de Saúde e Segurança, Segurança do Paciente, tanto internas quanto gap analysis, conforme os requisitos normativos aplicáveis e Auditorias de Compliance garantem o levantamento das conformidades legais nos sistemas de gestão o que e determinam estratégias para melhoria.

Figura 14.4.11-5 - Fluxo Auditoria



Embora uma parte significativa da auditoria interna cubra os controles internos sobre relatórios financeiros dentro da organização, eles se referem aos procedimentos contábeis geralmente aceitos (GAAP) que afetam suas demonstrações financeiras.

Muitas organizações também reconhecem a necessidade de outros tipos de avaliações ou auditorias fora da contabilidade ou finanças. Algumas dessas áreas-chave incluem auditorias de conformidade (ou seja, regulatórias), ambientais, de tecnologia da informação, operacionais e de desempenho.

- **As Auditorias de Conformidade:** avaliam a conformidade com as leis, regulamentos, políticas e procedimentos aplicáveis. Algumas dessas regulamentações podem ter um impacto significativo no bem-estar financeiro da instituição. O não cumprimento de algumas leis pode resultar em milhões de dólares em multas ou impedir uma instituição de fazer negócios em determinadas jurisdições.
- **As Auditorias Ambientais:** avaliam o impacto das operações de uma instituição no meio ambiente. Eles também podem avaliar a conformidade da instituição com as leis e regulamentos ambientais.
- **As Auditorias de Tecnologia** da Informação: podem avaliar os sistemas de informação e a infraestrutura subjacente para garantir a precisão de seu processamento, a segurança e as informações confidenciais do paciente ou propriedade intelectual. Eles normalmente incluirão a avaliação dos controles gerais de TI relacionados ao acesso lógico, gerenciamento de mudanças, operações do sistema e backup e recuperação.
- **As Auditorias Operacionais**: avaliam os mecanismos de controle da organização quanto à sua eficiência e confiabilidade gerais.
- **As Auditorias de Desempenho:** avaliam se a organização está atendendo às métricas estabelecidas pela administração para atingir as metas e objetivos estabelecidos pelo Conselho de Administração.

14.4.12. Instrumentos de Controle da Gestão

O INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA ressalva a existência de instrumentos de controle de gestão, sob os quais suas atividades e gestão encontram-se monitoradas, acompanhadas e controladas cotidianamente, são exemplos de instrumentos de controle da gestão:

- Auditoria de processos pelo Serviço de Avaliação e Controle de Processos;
- Auditoria de processos pelo Sistema de Gestão da Qualidade – Norma ISO 9001:2008/ONA
- Auditoria Interna (descritas acima)
- Inventários patrimoniais
- Conselho Fiscal;

Propõe-se ainda, aliado às ferramentas e instrumentos de modernização gerencial e controle, a elaboração de documentação das atividades e processos do hospital como um Sistema de Gestão da Qualidade, especificamente para Instituição, que deverá incluir:

- Declarações documentadas da política da qualidade e dos objetivos da qualidade;
- Manual da qualidade;
- Procedimentos documentados requeridos pelos requisitos da NBR ISO 9001:2008/ONA
- Documentos necessários à instituição para assegurar a efetiva operação e o controle de seus processos, de acordo com o macro fluxo de processos da Instituição;
- Registros requeridos pelos requisitos da NBR ISO 9001:2008 e outros requeridos pelos processos da instituição.

a) Auditoria de Processos pelo Serviço de Avaliação e Controle de Processos

Cuidar de uma organização nem sempre é uma tarefa fácil, afinal, para manter a performance e a produtividade altas é preciso garantir que os processos sejam eficientes, o que nem sempre é fácil e costuma deixar muitos gestores preocupados. Uma maneira de garantir a eficiência dos processos e minimizar essa preocupação é avaliando a sua execução através de uma prática chamada auditoria de processos.

O que antes era algo que causava medo nas instituições, atualmente pode ser encarado como uma oportunidade para se encontrar pontos de melhoria nos processos

Auditoria de processos é a avaliação das práticas de negócio de uma organização. Ela parte da premissa de que o processo estabelecido já foi pensado, aprovado e trará a performance e a segurança necessária para o negócio.

Portanto, seu papel é avaliar se o processo descrito está sendo seguido, se os envolvidos têm o conhecimento necessário para executar as atividades, se as tecnologias utilizadas são aderentes às necessidades do negócio e se o processo está alcançando a performance desejada.

Muitas vezes, a auditoria de processos é motivada pela preocupação dos gestores com:

- A performance da organização;
- A perda financeira;
- O nível de produtividade;
- A perda de conhecimento em decorrência da rotatividade de colaboradores.

Além disso, a auditoria pode ser motivada por força da legislação, pela presença de processos críticos importantes para o negócio que precisam rodar perfeitamente ou mesmo para identificar riscos.

Tendo isso em mente, podemos entender que o processo de auditoria é uma verificação que visa sanar dúvidas sobre os processos internos da organização, gerando respostas concretas, baseadas em fatos. Mas isso não é tudo.

O principal benefício da auditoria de processos é aumentar a performance da organização. Como já foi mencionado, acredita-se que os processos descritos foram pensados de forma a trazer uma alta performance e segurança para ao negócio. Então, a auditoria busca identificar não-conformidades entre o que está descrito e o que acontece na prática, indicando oportunidades de melhoria.

Além disso, se existe a desconfiança de que tem algo errado acontecendo na instituição e não se tem certeza do que é, a auditoria de processos pode te ajudar nesta situação. Ao avaliar a relação entre muitos aspectos importantes para o funcionamento da organização pode se encontrar algumas respostas, os aspectos comumente avaliados são:

- **A estratégia:** se ela está bem definida ou precisa de uma atenção de especial
- **As metas:** se são metas alcançáveis ou estão fora da realidade
- **A performance:** se está adequada com os objetivos do processo
- **Os processos:** Se aquilo que está estabelecido como prática está gerando o que se espera dos processos
- **Os colaboradores:** se possuem os conhecimentos e competências necessárias para o executar os processos
- **Os controles:** se são muito rígidos e criam burocracia desnecessária ou muito brandos
- **As tecnologias:** se estão adequadas ao processo

Depois de avaliar cada um desses aspectos, com certeza você conseguirá identificar alguma peça fora do lugar, se houver. Assim, a auditoria de processos ajuda a organização a ter certeza que tudo está em ordem e, se não estiver, mostra quais são as lacunas que precisam ser preenchidas.

Toda essa análise vai gerar um relatório que irá apontar onde é necessário fazer correções para que a produtividade e a performance da organização voltem ao patamar adequado.

Baseia-se em 5 etapas:

- Planejamento da auditoria
- Analise dos processos da organização
- Avaliação dos resultados
- Definição de quais serão as ações de melhoria
- Promoção as ações de melhoria

b) Auditoria de Processos pelo Sistema de Gestão da Qualidade – Norma Iso 9001:2008/ONA

ISSO 9001

A mudança constante no cenário econômico mundial e o efeito da internacionalização sobre as organizações vem causando uma mudança significativa na forma como as instituições buscam diferenciação e obter maior competitividade frente aos seus concorrentes em seu mercado de atuação.

Neste cenário, que também é cada vez mais hostil e competitivo, torna-se indispensável para qualquer instituição fazer o uso da qualidade como fator chave para obter vantagem competitiva.

Neste tópico, vamos abordar os principais conceitos da ISO 9000 e como ela é um fator chave na caminhada rumo à criação de um sistema de gestão da qualidade de classe mundial.

Mas antes, é importante entender o papel real da qualidade frente ao atual cenário competitivo.

De forma geral, o conceito de qualidade é sinônimo de excelência inata, representada por uma busca universal e dinamizada pela perfeição em processos, produtos e serviços.

O conceito abrange dimensões como desempenho, confiabilidade, durabilidade, atendimento, conformidade e até mesmo estética. No ambiente de negócios vigente hoje, preocupar-se com a qualidade é uma condição intrínseca à continuidade e sobrevivência do negócio em longo prazo. Obter vantagem na qualidade em diferentes dimensões é garantir o sucesso e obter vantagem frente aos demais competidores do mercado. Na jornada rumo à busca da excelência e obtenção de vantagem competitiva por meio da qualidade, uma grande aliada é a série de normas ISO 9000.

A ISO 9000 faz parte de um conjunto de normas técnicas que estabelecem diretrizes e padrões para criação de um sistema de gestão da qualidade. Ele é formado pelas normas 9001, 9004 e 19011 cujo objetivo é otimizar os processos da gestão de qualidade de um produto ou serviço.

Os documentos desta série normatizam e direcionam instituições de qualquer dimensão ou segmento de atuação a buscar excelência em seus processos. O conjunto de normas foi criado e é regulamentada e atualizada pela Instituição Internacional Organization

for Standardization (ISO), com sede em Genebra na Suíça. A instituição promove uma padronização internacional por meio de normatizações para melhoria contínua de produtos e serviços.

A série ISO 9000 é composta por 5 normas técnicas, sendo elas a ISO 9000, ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003 e ISO 9004, ISO 19011. Em conjunto, estas normas ajudam a regulamentar e estabelecer as diretrizes de um sistema de gestão da qualidade.

i. ISO 9000

Esta é uma norma de Fundamentos e Vocabulário, que descreve os principais fundamentos dos sistemas de gestão da qualidade. Não é uma norma certificável, mas estabelece as diretrizes em termos de entendimento dos itens das demais normas. A ISO 9000 é considerada uma norma-guia, já que estabelece as inter-relações entre os conceitos de qualidade e as demais normas da série.

ii. ISO 9001

É a norma de certificação da série ISO 9000. Esta norma estabelece os requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade para adequação e regulamentação da instituição. A norma é composta por todos itens que a instituição precisa se adequar para passar pelo processo de certificação. No momento de auditoria para obtenção do certificado de conformidade, é a ISO 9001 que servirá como guia para avaliação do Sistema de Gestão da Qualidade. A auditoria é realizada por uma entidade qualificada que segue os padrões estabelecidos pela ISO.

iii. ISO 9004

Esta á mais um documento considerado norma-guia para o Sistema de Gestão da Qualidade. A ISO 9004 estabelece as diretrizes em relação aos fatores técnicos, administrativos e humanos que podem afetar a qualidade do produto ou serviço oferecido pela instituição ao mercado. Trata-se de uma referência para a melhoria de performance do Sistema de Gestão da Qualidade por meio de diretrizes que contribuem para aumento da satisfação dos clientes e melhoria contínua.

iv. ISO 19011

Também considerada uma norma-guia, a ISO 19011 trata das diretrizes para as auditorias internas da qualidade, contendo as boas práticas para gerenciamento e condução das avaliações dos sistemas auditados. A auditoria interna é uma prática adotada pelas instituições que irão passar pela auditoria de certificação, sendo considerada uma prévia da avaliação final.

As instituições a utilizam para garantir que todos os itens e processos estão aderentes à ISO 9001. O objetivo principal da ISO 9000 é oferecer um conjunto de diretrizes para que a instituição possa criar um sistema que ofereça melhoria contínua para seus processos, produtos e serviços. Porém, por se tratar de um padrão internacional, algumas instituições utilizam a certificação ou cumprimento aos requisitos desta série para situações contratuais, quando é exigido demonstração de que a instituição oferece produtos e serviços de qualidade.

Por exemplo, existem diversas instituições no Brasil e no mundo que qualificam seus fornecedores por meio da certificação à ISO 9001, caso a instituição não possua certificação, pode não fazer parte do quadro de fornecedores ou passar por um rigoroso processo de qualidade e seleção. Alguns países também adotam o cumprimento aos itens da ISO 9000 para permitir ou não a entrada de produtos em seu mercado, aliado com outras normas de regulamentação técnica e científica. A implantação e adequação da instituição aos requisitos e itens tratados nas normas técnicas da ISO 9000 podem beneficiar diversos atores do ambiente da instituição.

Abaixo descrevemos os principais benefícios para os principais stakeholders da instituição.

Para os clientes

- O objetivo da instituição deve ser satisfazer clientes.
- Oferecer produtos e serviços com qualidade é o primeiro passo nesta jornada.
- As normas técnicas da série ISO 9000 garantem que a instituição trabalha continuamente pela melhoria contínua do seu processo de oferta de valor aos clientes.
- A instituição que adere aos requisitos deve coletar, medir e avaliar continuamente a satisfação de seus clientes e executar ações que promovam a melhoria da mesma.
- Por conta disso, principalmente clientes corporativos, preferem adquirir produtos e serviços que cumprem com os requisitos da norma.

Para os colaboradores

A condição de trabalho dos colaboradores e a oferta contínua de capacitação é um dos requisitos que promovem vantagens para os funcionários das instituições que cumprem os itens da série ISO 9000.

Os colaboradores são recursos chave para a instituição no processo de criação de valor para seus clientes, portanto são submetidos à diversas ações de desenvolvimento profissional e individual de seus conhecimentos, habilidades e ações.

Para a sociedade

O aumento na competitividade gera um benefício para a sociedade no que tange o aumento da qualidade dos produtos e serviços presentes no mercado.

Cada vez mais as instituições precisam criar soluções que satisfaçam seus clientes, melhorando o nível de oferta de valor para seus clientes.

Alguns outros parâmetros sociais também são tratados de forma direta, mas principalmente de forma indireta, pela série ISO 9000, tais como combate à corrupção, combate ao trabalho escravo e melhoria na qualidade de vida das pessoas.

Para os fornecedores

As instituições que desejam oferecer produtos ou serviços às instituições que cumprem com os requisitos da série ISO 9000 devem passar por um rigoroso processo de qualificação. Isto faz com que as instituições fornecedoras tenham que melhorar cada vez mais seus processos de produção, distribuição e comercialização dos seus produtos. Os fornecedores que fugirem aos parâmetros estabelecidos pela instituição compradora podem ser desqualificados e serem obrigadas à deixar de fornecer seus produtos. Isto faz com que cada vez mais as instituições se preocupem com o fornecimento dentro dos padrões estabelecidos.

Para a instituição

Entre todos os atores envolvidos, com certeza a própria instituição é a maior beneficiada com o estabelecimento e cumprimento dos requisitos abordados na série ISO 9000.

Além de aumentar sua reputação no mercado, a instituição pode facilitar suas relações comerciais, aumentar sua competitividade, tornar os clientes mais fiéis e conquistar novos mercados. Como a ISO é uma instituição internacional e reconhecida hoje em mais de 170

países, as instituições que adotam as regulamentações na norma, possuem também vantagem no cenário mundial.

Figura 14.4.12-1 - ISO

CERTIFICAÇÃO ONA

Desde o começo, a ONA teve a preocupação de adaptar a metodologia de acreditação para a realidade do setor de saúde da época. A proposta sempre foi incentivar melhorias nas organizações e estimular o aprimoramento contínuo dentro de um processo de aprendizado rumo ao ONA 3, o nível de excelência em gestão.

> "Os níveis serviram para que as organizações incorporassem métodos de gestão internamente, métodos de segurança do paciente e assim por diante. Foi um processo educativo para as organizações, que foram construindo sua gestão por meio dos níveis" (Jaqueline, 2014).

Os princípios norteadores de cada um dos níveis não mudaram ao longo desses 20 anos, ou seja:

- O **Nível 1** manteve o foco nos padrões e requisitos que envolvem segurança;
- O **Nível 2** é dedicado aos processos e à gestão integrada;
- O **NÍVEL 3** atesta a excelência em gestão da instituição.

Porém, com o passar dos anos e o amadurecimento das organizações de saúde, a ONA se tornou mais rigorosa em relação aos critérios que compõem cada um desses níveis. Em outras palavras, o nível 1 do começo da década passada nada se assemelha com o que é requerido pelo mesmo selo atualmente.

Percepções

Ao conquistar a chancela ONA, não importa o nível, a entidade de saúde sinaliza ao seu público o compromisso com padrões reconhecidos de qualidade e segurança. Nas instituições acreditadas, os pacientes, por exemplo, podem desfrutar de um ambiente mais seguro.

Os médicos, por sua vez, se sentem mais confiantes para realizar procedimentos em uma organização com processos certificados e por saberem que o paciente está bem assistido.

A percepção também se estende aos fornecedores, pois continuar prestando serviço a uma entidade certificada significa preencher os requisitos necessários para tal – o que começa a ser aferido já no nível 1.

> "Uma organização acreditada na metodologia ONA trabalha internamente a gestão de qualidade na assistência, a segurança do paciente e a avaliação de risco em vários processos. Quando uma instituição é certificada, transmite ao mercado segurança nessas questões" (Righi)

O ambiente dentro das instituições e a participação dos colaboradores nos processos também se transforma ao avançar dos níveis. Se na avaliação do nível 1 e 2 os profissionais tendem a ser mais receosos, na conquista pelo nível de excelência eles são mais proativos e querem mostrar as melhorias incorporadas.

> "No nível 3, além da maturidade institucional, toda a parte de gestão iniciada no nível 2 deve estar mais aprofundada. Exigimos que a organização tenha ciclos de melhoria do que ela gerenciou no passado e que implemente novos processos. É um ciclo proativo de melhoria de processos" (Righi)

Os três níveis de acreditação da ONA são reconhecidos internacionalmente e certificados pela International Society for Quality in Health Care (ISQua).

Figura 14.4.12-2 - Os Níveis e suas Características:

ONA 1 Acreditado	Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.	Tem validade de 2 anos e recebe visita de manutenção a cada 8 meses.
ONA 2 Acreditado Pleno	Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.	Tem validade de 2 anos e recebe visita de manutenção a cada 8 meses.
ONA 3 Acreditado com Excelência	O princípio desse nível é a "excelência em gestão". Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.	Tem validade de 3 anos e recebe visita de manutenção a cada ano

Figura 14.4.12-3 - ONA

c) Auditoria Interna

- INVENTÁRIOS PATRIMONIAIS

O inventário patrimonial é um procedimento administrativo e contábil obrigatório, que consiste na verificação física dos bens móveis permanentes localizados na respectiva unidade administrativa e deve ser realizado ao menos uma vez ao ano em todos os entes da Administração Pública

O inventário patrimonial estabelece uma relação entre bens e suas características técnicas como marca, modelo e capacidade, quantidade, estado de conservação e local em que se encontram.

É recomendável que se faça o emplaquetamento dos bens por meio de etiquetas patrimoniais e a coleta de informações com o maior detalhamento técnico possível, de forma a aumentar a precisão dos trabalhos e facilitar revisões futuras.

Esse tipo de inventário se aplica aos ativos imobilizados da instituição, ou seja, todas as máquinas, equipamentos, veículos, mobiliário, computadores, etc.

Portanto, um levantamento bem realizado dos bens patrimoniais reúne as informações corretas, localizações fidedignas e tomadas de decisões mais assertivas.

No inventário de máquinas e equipamentos, é imprescindível que seja observada a política de manutenção aplicada pela entidade e o regime de uso, ou seja, em quantos turnos o bem opera.

O que é um inventário patrimonial?

O inventário patrimonial consiste no levantamento e registro de todo patrimônio imobilizado de uma instituição, facilitando a identificação de todos os bens, bem como seus valores, saneamento de irregularidades, ajustes contábeis e outros detalhes que podem influenciar diretamente na rentabilidade e no valor de uma instituição.

O inventário patrimonial também cumpre seu papel legal e de acordo com o fisco, facilitando o controle de bens da instituição.

Para conseguir realizar o inventário patrimonial, é preciso parametrizar os registros da instituição, considerando informações como: as áreas da instituição, os funcionários responsáveis por cada uma e as categorias dos bens da instituição, sempre se lembrando de alinhar esses últimos com as contas contábeis.

É considerado um item patrimonial que precisa estar no inventário tudo aquilo que pode ser convertido em dinheiro.

É importante que, durante o inventário, cada item tenha as seguintes informações:

- Código;
- Vida útil;
- Descrição detalhada do bem;
- Categoria em que ele se encontra;
- Data de compra;
- Responsável;
- A área do responsável;
- Número de série;
- Valor de aquisição;
- Taxa depreciativa;
- Descrição do local;
- Se possível, fotografias do bem.

Quando fazer um inventário patrimonial?

De acordo com o CPC-27, o inventário geral deverá ser realizado todos os anos.

Esse levantamento irá ajudar a validar e dar consistência aos números apresentados no Balanço Patrimonial da instituição.

A longo prazo, é possível otimizar esse processo: com o inventário patrimonial realizado anualmente de forma organizada e profissional, seguido de inventários rotativos aproximadamente seis vezes ao ano, os inventários gerais poderão ser feitos, por exemplo, a cada 24 meses.

Qual a importância do inventário patrimonial?

O inventário patrimonial afeta as instituições de diferentes formas. Tudo irá depender do tamanho da instituição.

Para instituições maiores, por exemplo, esse documento ajudará a ter uma visão concreta e dados reais dos bens, facilitando também no balanço patrimonial, que deve ser feito periodicamente.

Para instituições menores, por sua vez, o inventário patrimonial é fundamental para garantir que os bens não percam seu valor, sem que a instituição consiga providenciar a aquisição de novos bens posteriormente.

No entanto, independentemente do tamanho da instituição, o inventário patrimonial:

- Permite que as instituições consigam ter maior controle dos bens imóveis;

- Serve como ferramenta para conseguir acompanhar a realidade de cada bem, de forma individual e eficiente;
- Ajuda a evitar a perda de bens;
- Facilita a localização de bens através de um mapeamento completo;
- Organiza as informações de cada bem, como os responsáveis por sua guarda e proteção,
- Garante a possibilidade de planejar os investimentos futuros da instituição, considerando as necessidades da instituição;
- Permite a previsão de custos de depreciação dos itens;
- Possibilita a criação de rotinas de gestão;
- Permite o orçamento e planejamento com base em dados reais;
- Permite a otimização dos inventários patrimoniais no futuro;
- Fornece relatórios por custos, unidades de negócios, localização e categorias;
- Permite a gestão de créditos fiscais; etc.

O inventário patrimonial também pode ser utilizado para realizar análises diferenciadas, sendo elas:

I. Conhecimento dos bens por categorias

Através do inventário patrimonial, é possível ter uma visão muito mais clara dos bens da instituição por categorias, avaliando também detalhes relevantes como custo – total; médio – valor atual de cada bem, além de um comparativo dessas informações com os custos gerais da instituição.

II. Conhecimento dos bens por áreas

Além de entender as categorias, também é possível ter uma visão maior dos bens por áreas, identificando se existem setores em que os bens não estão sendo devidamente cuidados, por exemplo, com maiores índices de depreciação ou sucateamentos.

III. Conhecimento das informações gerais dos ativos imobilizados e da instituição

Por fim, também é possível ter um conhecimento geral do custo dos bens patrimoniais da instituição, entender quais são os percentuais de depreciação de cada item, como estão conservados, que precisarão de reposição imediata ou a médio prazo, etc.

Muito além de uma simples listagem atualizada de bens, a realização do inventário de bens patrimoniais pode ser um aliado na tomada de decisões estratégicas por parte dos gestores ao responder algumas questões como:

- Há a real necessidade de compra de determinado(s) ativo(s)
- Estamos realizando gastos com compras desnecessárias?
- O simples remanejamento de bens não seria suficiente para determinada operação?
- A instituição consegue abrir nova linha de produção ou um novo departamento administrativo com a quantidade atual de ativos que possui?
- Ocorrem furtos dentro da instituição?
- O estado de conservação e produtividade de determinada máquina está coerente com a sua idade?
- As manutenções ao maquinário estão adequadas?
- Existe alguma máquina e equipamento operando mais tempo que o necessário, gastando energia e ficando ociosa?
- É necessário remanejar as estações de produção de forma a diminuir a ociosidade das máquinas e otimizar a produção?

Além disso, outro aspecto importante quanto à realização do inventário é o cumprimento das legislações contábeis vigentes, visto que o levantamento patrimonial é a primeira etapa de uma gestão de ativos imobilizados eficiente.

14.4.13. Instrumentos de Comunicação/Informação com o Gestor Estadual

O **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA,** em conformidade ao Contrato de Gestão estabelecido, encaminhará ao gestor estadual relatórios semestrais relativos à produção, índices de desempenho, de qualidade; incluído demonstrativos financeiros e contábeis dos recursos públicos repassados com a periodicidade solicitada pelo gestor, mantendo o compromisso de prestar toda e qualquer informação pertinente ao instruído na Normativa 007/2011, do Tribunal de Contas do Estado, mantendo o acesso público da sociedade em geral de todas as informações referente ao contrato de gestão através da Internet.

O **INSV** sempre estará à disposição para prestação de contas e informações que se fizerem necessárias em qualquer instante e periodicidade, a fim de garantir total transparência no relacionamento entre as vias definidas no Contrato de Gestão.

A comunicação do **INSV** com a SES-GO deverá, sempre, ser registrada através de meios rastreáveis tais como e-mails, memorandos etc. e direcionados para os setores/funcionários responsáveis pelo relacionamento entre os entes em tela.

O **INSV** implementará um conjunto de Sistemas de Tecnologia da Informação que executará a gestão das informações geradas em todos os setores do **HERSO** de forma integrada e que atendam aos seguintes princípios:

- Sistema de Gestão da Qualidade;
- Sistema de Gestão Hospitalar;
- Sistema de Prontuários Eletrônicos;
- Portal público na Internet - Gestão Transparente e Integrada do ponto de vista administrativo-financeiro da Instituição junto a comunidade e entes públicos;
- Gestão Integrada dos protocolos das áreas técnicas (equipe médica e multidisciplinar).

Essa proposta será discutida e implementada com a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás, visando a melhor política de tecnologia dentro de um cronograma, investimentos e prazos adequados durante a vigência do Contrato de Gestão.

Modelo de Relacionamento com os Gestores Municipal e Estadual

O relacionamento do INSV será baseado na interação entre SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás e SES/GO – Secretaria Estadual de Saúde de Goiás conforme pactuação contratual entre as partes. Sendo que todas as iniciativas do **HERSO** devem estar de acordo com as normas e diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde/SUS.

14.4.14. Limites de Responsabilidades a serem assumidas pelo INSV

O **INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA** no cumprimento de seus deveres e obrigações se submete, além das regras contidas no Contrato de Gestão, aos seguintes instrumentos legais:

- Decreto de qualificação, onde é disposto sobre a qualificação do **INSV** como Organização Social;
- Lei Federal Nº 9.637, de 15 de maio de 1998, onde é disposto sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais;

- Lei Estadual Nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, onde é disposto sobre a qualificação de entidades como organizações sociais estaduais;
- Resolução Normativa Nº 007/2011 onde é disposto sobre a fiscalização da qualificação de entidades como Organizações Sociais, da formalização e execução dos Contratos de Gestão firmados pelo Estado de Goiás, regulamenta as prestações de contas;
- Lei Federal 8.666/93, que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública, naquilo que lhe couber, e
- Determinações oficializadas pela Controladoria Geral do Estado.
- Outras normatizações vigentes.

14.4.15. Descrição do Funcionamento do Modelo de Regulação Assistencial

A regulação assistencial deve buscar a disponibilização de alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. A ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços.

Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observadas, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso.

Diante disso, a proposta é estabelecer um Núcleo de Regulação Interna (NIR) e promover uma maior integração com o Complexo Regulador da SMS e da SES, no sentido de viabilizar a transferência de pacientes, já estabilizados clinicamente e que necessitam de internação eletiva, para hospitais da rede SUS do município/Estado, possibilitando a liberação de vagas para os casos de urgência. O Núcleo Interno de Regulação (NIR) deve ser responsável pela regulação dos leitos ofertados pelo serviço, disponibilizando-os de acordo com as necessidades do paciente dentro do perfil assistencial contratualidade pela unidade.

Cabe ao NIR fazer a interface do hospital com as centrais de regulação, identificando situações em que haja necessidade de interferir para agilizar o atendimento do paciente, como no caso de exames, consultas e transferências externas para especialidades de que a unidade não dispõe.

> "Em alguns casos, cabe garantir que o atendimento em outro serviço para a realização de procedimentos ou interconsultas seja o mais precoce

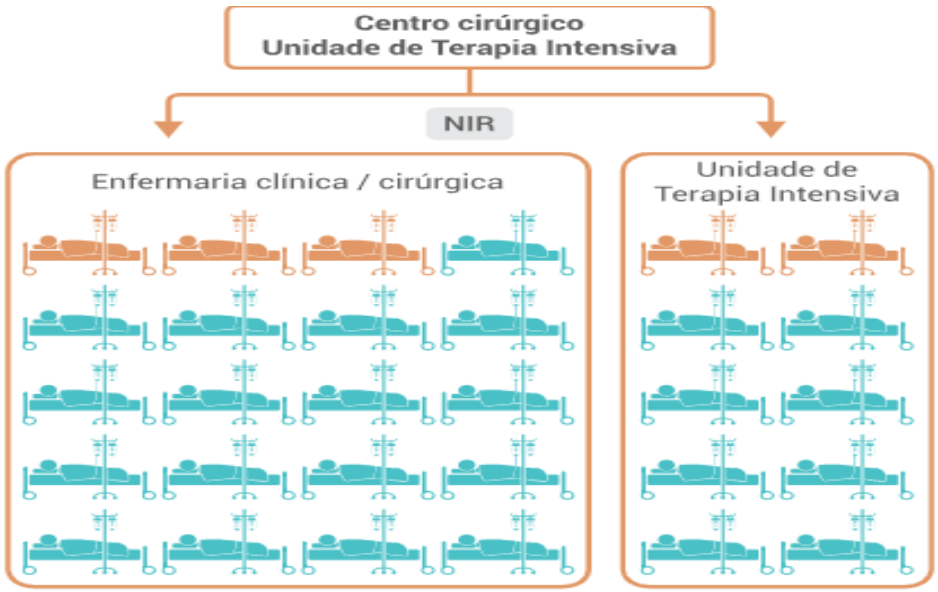
possível, reduzindo o tempo de espera do paciente e, consequentemente, de internação, agilizando o tratamento e a alta "(BRASIL, 2013a).

Nunca é demais lembrar que, nessa função, o NIR deve manter estreita interface com a Central de Regulação, a quem cabe, inclusive, autorizar ou intermediar a autorização dos procedimentos realizados em outros serviços em pacientes internados.

Também deve ser responsável pela regulação das transferências internas dos pacientes, oriundos do pronto-socorro e da emergência, entre enfermarias, quando eles necessitam de UTI ou após alta médica da UTI, pacientes eletivos, respeitando protocolos estabelecidos e o regimento interno, tendo como foco a qualidade da assistência prestada.

Nesse processo, é avaliada a real necessidade da internação, assim como é definido o leito mais apropriado para cada paciente, em função do diagnóstico e da complexidade do caso, estimando o tempo de permanência do paciente e o monitorando para que seja o menor necessário, conforme ilustra a figura a seguir:

Figura 14.4.15-1 - Regulação dos leitos para o pós-operatório retaguarda das altas das Unidades de Terapia Intensiva, sob gestão do NIR



O papel do **NIR** e da regulação consistirá na alocação de leitos, de acordo com a necessidade de cada paciente, trabalhando as urgências, as prioridades e as internações eletivas, tendo como instrumento fundamental o mapa de leitos, instrumento dinâmico que mostra a situação da ocupação dos leitos em tempo real.

Contra referência com a Atenção Primária e outras Unidades de Saúde

Como o **HERSO** representa o nível terciário da rede SUS, a proposta é estabelecer mecanismos facilitadores em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, para o encaminhamento de pacientes para um atendimento de nível mais primário (contra referência) da rede.

Quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, for mais simples, o atendimento deverá ser realizado em uma unidade de saúde próxima do domicilio do usuário.

Já para os casos de pacientes que necessitam de atendimento com níveis de especialização mais complexos, a proposta é encaminhá-los para unidades do nível terciário de atenção que possibilitem hospitalizações e procedimentos de alta complexidade.

A equipe do hospital será treinada a preencher as guias de referência e contra-referência permitindo que as necessidades das pessoas sejam atendidas nos espaços adequados, com tecnologias adequadas, além do acompanhamento até a resolução dos problemas de saúde, assegurando assim, a continuidade dos serviços.

Além disso, buscaremos uma maior integração com o Complexo Regulador da SMS e do Estado e a institucionalização do Cartão SUS- MUNICIPAL, com numeração nacional. Esse cartão de identificação dos usuários além de permitir ao profissional avaliar os procedimentos pelos quais o paciente já passou, obriga o mesmo a referenciá-lo ao nível de maior complexidade ou contra referenciá-lo para a atenção básica, reconstruindo a trajetória e o vínculo da população com as unidades de saúde.

Ao nosso entendimento, a efetivação dos mecanismos de referência e contra-referência implicará sobre a qualidade da assistência prestada pelo **HERSO** evitando a superlotação com problemas que poderiam ser resolvidos na atenção básica e o retorno frequente à unidade, possibilitando assim o atendimento daqueles que realmente necessitam de atendimento em urgência e emergência.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde, provocaram profunda mudança no Sistema Único de Saúde, e tal fato exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas, agudizarão das condições crônicas e sobre as condições agudas.

Para que estas Redes funcionem de forma eficiente e humanizada é necessário distribuir os usuários classificados por condições de risco e de forma equilibrada por todos os pontos de atenção, incluindo os hospitais. Não será possível organizar os hospitais terciários de urgência e emergência, sem retirar deles o grande número de usuários que sofrem das "***urgências menores***". Os usuários em situações de urgências menores deverão ser atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) e em UPA's.

O modelo hospitalar de Urgência e Emergência mais adequado, no contexto das Redes de Atenção à Saúde, é o da integralidade do cuidado hospitalar.

O atendimento assistencial nas Organizações de Saúde em geral, e especialmente no hospital, é necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais.

O cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares, caracterizada, entre outros motivos, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes.

Uma das sobrecargas, talvez a maior do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar, adequadamente, este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos de cuidadores individuais, e que resulte em uma adequada coordenação ·e integração do cuidado.

O hospital contribui para a integralidade do cuidado, almejada pelo SUS, fazendo uma adequada contra referência, após realizar o atendimento.

Mesmo que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS.

Um ponto de partida para tornar mais eficiente o atendimento de urgências e emergências em hospitais, sem dúvida, é a organização de equipes de acolhimento nos serviços de urgências, capacitadas para o reconhecimento e encaminhamento de pacientes que necessitam de cuidados mais regulares e apropriados em outros serviços da Rede, neste caso, o hospital é quem faria a referência para outros serviços.

O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de vida.

Por todas as questões apontadas é que se tem procurado pensar, nos últimos anos, modelos gerenciais de atenção do SUS que tomem como referência a produção do cuidado da forma mais integral possível e que sirva, ao mesmo tempo, como referencial para a intervenção na gestão da micropolítica do trabalho em saúde nestes estabelecimentos, a partir do cuidado ao paciente.

14.4.16. Conselho Fiscal

O Conselho Fiscal corresponde a um órgão independente dentro de uma companhia,

criado para fiscalizar o cumprimento das normas legais e do estatuto da instituição pelos sócios e áreas.

A despeito de sua existência não ser obrigatória, a sua presença na instituição pressupõe uma maior transparência nos processos e nas movimentações financeiras da companhia.

Dessa forma, é evidente que o Conselho Fiscal contribui para a segurança dos investidores da companhia, por terem conhecimento de que um órgão fiscalizador independente do Conselho de Administração está atuante.

O Conselho Fiscal exerce função fiscalizadora, sobretudo, na área das movimentações financeiras, sendo seu maior intuito contribuir com a implementação de políticas que venham a melhorar o desempenho da organização e seus resultados.

Trata-se de um órgão fiscalizador regido pelos princípios de transparência e prestação de contas, considerado como parte da estrutura de governança corporativa das companhias.

O Conselho Fiscal tem, por fim, a fiscalização dos administradores, levando em conta os direitos dos acionistas. O Comitê de Auditoria corresponde a um órgão de controle da administração, com atuação preventiva.

Atribuições:

- O Conselho Fiscal deve analisar o relatório anual da administração, os planos de investimento, orçamentos, propostas de ação da administração, propostas de modificação do capital social, emissão de debêntures e/ou bônus de subscrição, distribuição de lucros e dividendos, operações societárias (transformação, incorporação, cisão, fusão), fiscalizar e reportar a ocorrência de desvios, fraudes e erros à Administração e Assembleia Geral.
- O Conselho Fiscal deve reportar suas atividades aos sócios da companhia
- O Conselho Fiscal não tem qualquer relação de subordinação com o Conselho de Administração.
- O Conselho Fiscal deve ser composto por três a cinco membros, com suplentes em igual número, acionistas ou não, eleitos pela Assembleia Geral.
- Conselho Fiscal pode atuar de forma individual ou colegiada (cada integrante pode requisitar informações e esclarecimentos à Administração de forma isolada, sem autorização prévia dos pares).

14.4.17. O transporte Inter-hospitalares dos pacientes do **HERSO**

Define-se transporte inter-hospitalares como a transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves ou como serviços de menor complexidade, de caráter público ou privado.

A RESOLUÇÃO CFM nº 1.672/2003, dispõe sobre o transporte inter-hospitalares de pacientes e dá outras providências, donde retiramos os preceitos para a elaboração do GERENCIAMENTO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE PACIENTES atendidos no **HERSO**.

Proposta para o Gerenciamento do transporte inter- hospitalar de pacientes

O hospital previamente estabelecido como referência não poderá negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.

Pacientes com risco de morte não poderão ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento

Básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

Pacientes graves ou de risco deverão ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deverá ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.

Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s).

Todas as ocorrências inerentes à transferência deverão ser registradas no prontuário de origem.

Todo paciente removido deverá ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deverá ser também assinado pelo médico receptor.

Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser

dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o médico solicitante poderá autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.

A responsabilidade inicial da remoção será do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor.

A responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo (D, E ou F) será do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico.

As providências administrativas e operacionais para o transporte não serão de responsabilidade médica.

O médico responsável pelo paciente deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação e contatar previamente o serviço receptor;

Não remover paciente em risco iminente de morte, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes, específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;

Esgotar todos os recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema loco regional;

A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;

Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente;

Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, tais como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante.

Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência. Poder-se-á prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la e não esteja acompanhado de responsável.

A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico receptor, nos casos de transferência em via de suporte básico de vida

ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante.

Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico de vida para unidades de apoio diagnóstico, para realização de exames ou tratamentos, se o paciente apresentar intercorrência de urgência, a responsabilidade pelo tratamento e estabilização é da unidade que está realizando o procedimento, que deverá estar apta para seu atendimento, no que diz respeito a medicamentos, equipamentos e recursos humanos capacitados

Nos casos de transporte de pacientes críticos para a realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte

Nos locais em que as Centrais de Regulação ainda não estejam estruturadas ou em pleno funcionamento é vedado a todo e qualquer solicitante, seja ele público ou privado, removerem pacientes sem contato prévio com a instituição receptora.

Nos locais em que as Centrais de Regulação já estão em funcionamento, nenhum paciente poderá ser transferido sem contato prévio com a mesma ou contrariando sua determinação.

Nos casos de transferências realizadas pelo setor privado, o serviço ou instituição solicitante deverá se responsabilizar pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor, obedecendo às especificações técnicas estabelecidas neste Regulamento.

Nos casos de operadoras de planos de assistência à saúde permanece em vigor a legislação própria a respeito deste tema, conforme Resolução CONSU 13, de 4 de novembro de 1998 e eventual regulamentação posterior a ser estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor.

Comunicar ao médico regulador o término do transporte

Responsabilidades da Central de Regulação

Ficam definidas as seguintes responsabilidades para a Central de Regulação:

O acionamento e acompanhamento da unidade de transporte, caso está se localize descentralizada em relação à central de regulação. Nestes casos, a localização dos veículos e da equipe de saúde responsável pelo transporte deverá ser pactuada entre os gestores municipais da região de abrangência da central;

Utilizar o conceito de "***vaga zero***", nos casos de regulações inter-hospitalares, quando a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recursos loco regionais o tornem imperativo.

Responsabilidades/Atribuições da Equipe de Transporte

Ficam estabelecidas as seguintes atribuições à Equipe de Transporte:

- Acatar a determinação do médico regulador quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para o transporte;
- Informar ao médico regulador caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo para transporte não sejam condizentes com as informações fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;
- No caso de transporte terrestre deverão ser utilizadas as viaturas de transporte simples para os pacientes eletivos, em decúbito horizontal sentados, viaturas de suporte básico ou suporte avançado de vida, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas, seus equipamentos, medicamentos, tripulação e demais normas técnicas estabelecidas no presente Regulamento;
- Registrar todas as intercorrências do transporte no documento do paciente;
- Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;
- Comunicar ao médico regulador o término do transporte.

Responsabilidades do Serviço Médico Receptor

Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades /Atribuições ao Serviço Médico Receptor:

- Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da central de resolução médica de urgência;

- Acatar a determinação do médico regulador o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso especializado existente na unidade, independentemente da existência de leitos vagos ou não no conceito de "vaga zero";
- Discutir questões técnicas especializadas sempre que o regulador ou médico de unidades solicitantes de menor complexidade assim demandarem;
- Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves;
- Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte, bem como a viatura e seus equipamentos o mais rápido possível;
- Comunicar à Central de Regulação sempre que houver divergência entre os dados clínicos que foram comunicados quando da regulação e os observados na recepção do paciente.

A transferência de pacientes entre unidades hospitalares pressupõe a continuidade da assistência à saúde do paciente, sob supervisão médica, quer pelo médico assistente transferente, quer pelo médico receptor. Inclua-se, ainda, nesta conduta médica, a responsabilidade do diretor clinico e técnico, tanto da unidade hospitalar transferente, quanto da unidade hospitalar receptora. É necessário destacar, que o ato de transferência entre unidades hospitalares não pode suspender ou interromper o direito continuado de assistência à saúde do paciente, seja por razões objetivas (falta de estrutura técnica para o atendimento, equipamento, etc.), seja por razões subjetivas (vontade do paciente/familiares).

Em suma, o ato de transferência inter-hospitalares de paciente tem notória característica de responsabilidades civil, penal e ética médica.

As resoluções do conselho Federal de Medicina – CFM, apesar de desprovidas de força de lei, trazem grande contribuição ética aos profissionais médicos nas condutas praticadas na assistência à saúde de determinado paciente.

A Resolução CFM 1.672/2003, trata do transporte inter-hospitalares sob o ponto de vista da assistência ao paciente, dispondo de forma clara e objetiva, conforme Art. 1o - Que o sistema de transporte inter-hospitalares de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

- O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar vaga aos casos que se enquadram em sua capacidade de resolução.
- Paciente com risco de morte não pode ser removido sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

- Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.
- Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter concordância do(s) mesmo(s).
- Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.
- Todo paciente deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.
- Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de autorização, por escrito e assinado, do paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.
- A responsabilidade inicial de remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor. (….)."

O papel do **NIR** e da regulação consistirá na alocação de leitos, de acordo com a necessidade de cada paciente, trabalhando as urgências, as prioridades e as internações eletivas, tendo como instrumento fundamental o mapa de leitos, instrumento dinâmico que mostra a situação da ocupação dos leitos em tempo real.

14.4.18. Descrição e Organização dos Serviços

Quanto à organização geral dos serviços de saúde a serem prestados no **HERSO** no âmbito assistencial nas diferentes clínicas medicas e cirúrgicas, atividades de urgências/emergências, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, centro cirúrgico e unidade de internação (enfermarias), UTI, Agencia Transfusional, estão detalhados na proposta sob a descrição "implementação de serviços e funcionamento da equipe interdisciplinar.

14.5. Apresentação da Padronização de Medicamentos e Materiais Médicos Hospitalares.

A padronização consiste na incorporação de um determinado produto à lista de artigos passíveis de serem comprados para estarem disponíveis para prescrição, dispensação e utilização.

Objetivos:

- Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;
- Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;
- Permitir a compra em grandes lotes;
- Otimizar o trabalho do Setor de Compras;
- Diminuir os custos de estocagem;
- Reduzir a quantidade de itens estocados;
- Adquirir materiais / medicamentos com maior rapidez;
- Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicabilidade;
- Obter maior qualidade e uniformidade.

Para organização dos medicamentos de uso hospitalar, foi utilizado como base o sistema de classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), o qual é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizando-se principalmente o Grupo Principal Anatômico (1º nível ATC), com algumas adequações. Nessa classificação, as substâncias ativas são divididas em diferentes grupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e suas características terapêuticas, farmacológicas e propriedades químicas.

Apresentamos, primeiramente, a padronização de medicamentos que será instituída pelo INSV para – Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**), e em seguida a padronização de materiais médico-hospitalares.

A – Medicamentos Que Atuam no Trato Alimentar e Metabolismo

(Medicamentos para úlcera péptica e doenças de refluxo gastresofágico):

- Omeprazol 20 mg, cápsula ou comprimido
- Omeprazol 40 mg, cápsula ou comprimido
- Omeprazol 40 mg, pó liofilizado em frasco-ampola + diluente
- Ranitidina 15 mg/ml, solução oral (sem açúcar) em frasco 120 ml
- Ranitidina 150 mg, comprimido revestido
- Ranitidina 50 mg/ml, solução em ampola 2 ml

(Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais)

- Atropina 0,25 mg/ml, solução em ampola 1 ml
- Bromoprida 4 mg/ml, solução oral em frasco gotejador 20 ml
- Bromoprida 10 mg, comprimido
- Domperidona 1 mg/ml, suspensão pediátrica em frasco 100 ml
- Domperidona 10 mg, comprimido Escopolamina 20 mg/ml, solução em ampola 1 ml
- Escopolamina 10 mg + Dipirona 250 mg, comprimido
- Escopolamina 4 mg + Dipirona 500 mg/ml, solução em ampola 5 ml
- Metoclopramida 4 mg/ml, solução oral em frasco gotejador 10 ml
- Metoclopramida 10 mg/ml, solução em ampola 2 ml
- Papaverina 50 mg/ml, solução em ampola 2 ml
- Simeticona 75 mg/ml, emulsão oral em frasco gotejador 10 ml

(Antieméticos e antinauseantes)

- Dimenidrinato 30 mg + Piridoxina 50 mg + Dextrose 1000 mg + D-frutose (levulose) 1000 mg/10 ml, solução em ampola 10 ml
- Ondansetronar 4 mg, comprimido sublingual
- Ondansetrona 8 mg, comprimido revestido
- Ondansetrona 2 mg/ml, solução em ampola 4 ml

(Medicamentos para constipação)

- Bisacodil 5 mg, drágea ou comprimido revestido
- Fosfato de Sódio monobásico 16 g + Fosfato de Sódio dibásico 6 g, enema em

frasco aplicador 130 ml
- Glicerina 12%, enema em frasco-ampola 500 ml + sonda
- Lactuloser 667 mg/ml, xarope em frasco 120 ml
- Óleo Mineral 100%, em frasco 100 ml

(Antidiarréicos, agentes anti-inflamatórios e anti-infecciosos intestinais)

- Loperamida 2 mg, comprimido
- Nistatina 100.000 UI/ml, suspensão oral em frasco 50 ml
- Neomicina, Sulfato 3,3%, solução oral em frasco 100 ml
- Sulfassalazina 500 mg, comprimido revestido
- Sais para reidratação oral (Cloreto de sódio 3,5 g + Cloreto de potássio 1,5 g + Citrato de sódio 2,9 g + Glicose 20 g), pó em envelope 27,9 g

(Medicamentos utilizados em Diabetes)

- Glibenclamida 5 mg, comprimido
- Insulina Regular 100 UI/ml, solução em frasco-ampola 10 ml
- Insulina NPH 100 UI/ml, suspensão em frasco-ampola 10 ml
- Metformina 500 mg, comprimido
- Metformina 850 mg, comprimido

(Vitaminas)

- Calcitriol (Vit D3) 0,25 mcg, cápsula gelatinosa mole
- Calcitriol (Vit D3) 1 mcg, solução em ampola 1 ml
- Polivitamínicos para Adultos (Vit A 5000 UI + Vit B1 4 mg + Vit B2 2 mg+ nicotinamida (Vit PP) 10mg + Vit B6 1mg + Vit B5 10mg + Biotina (Vit H) 0,1mg + Vit C 50mg + Vit D 1000UI +Vit E 3mg/ml), solução EV em ampola 10 ml
- Calcitriol (Vit D3) 0,25 mcg, cápsula gelatinosa mole
- Calcitriol (Vit D3) 1 mcg, solução em ampola 1 ml
- Polivitamínicos para Adultos (Vit A 5000 UI + Vit B1 4 mg + Vit B2 2 mg+ nicotinamida (Vit PP) 10mg + Vit B6 1mg + Vit B5 10mg + Biotina (Vit H)

0,1mg + Vit C 50mg + Vit D 1000UI +Vit E 3mg/ml), solução EV em ampola 10 ml
- Vitamina B1 (tiamina) 100 mg + Vit B6 (piridoxina) 100 mg + Vit B12 (cianocobalamina) 5000 mcg, solução em ampola 3 ml Vitaminas do Complexo B, drágea ou comprimido revestido
- Vitaminas do Complexo B, solução em ampola 2 ml
- Vitamina B1 (tiamina) 100 mg/ml, solução em ampola 1 ml
- Vitamina B6 (piridoxina) 100 mg, comprimido
- Vitamina B12 (cianocobalamina) 1000 mcg, solução em ampola 2 ml
- Vitamina B1 (tiamina) 100 mg + B6 (piridoxina) 100 mg + B12 (cianocobalamina) 5000 mcg, solução IM em ampola 2 ml
- Vitamina C (ácido ascórbico) 500 mg, comprimido
- Vitamina C (ácido ascórbico) 1 g, solução em ampola 5 ml

(Suplementos minerais)

- Oligoelementos para Pediatria (cobre 100 mcg + cromo 1 mcg + manganês 10 mcg + zinco 500 mcg/ml), solução em ampola 4 ml
- Oligoelementos para Adultos (cobre 0,8 mg + cromo 10 mcg + manganês 0,4 mg + zinco 2,5 mg/ml), solução em ampola 2 ml

B – Medicamentos Que Atuam no Sangue e Órgãos Hematopoéticos

(Agentes antitrombóticos)

- Ácido Acetilsalicílico 100 mg, comprimido
- Alteplaser, AV 50 mg, pó para solúvel em frasco-ampola 50 ml + diluente
- Clopidogrel 75 mg, comprimido revestido
- Dipiridamol 10 mg, solução em ampola de 2 ml
- Estreptoquinase R 1.500.000 UI, pó solúvel em frasco-ampola
- Heparina AV 5.000 UI, solução SC em ampola 0,25 ml
- Heparinaav 5.000 UI/ml, solução EV em frasco-ampola 5 ml
- Rivaroxabana R, AV 15 mg, comprimido revestido
- Tirofibanar, AV 0,25 mg/ml, solução em frasco-ampola 50 ml

- Varfarinaav 5 mg, comprimido

(Anti-hemorrágicos)

- Ácido Tranexâmico 250 mg, comprimido
- Fibrinogêneo 5,5 mg + Trombina 2 UI, esponja 9,5 x 4,8 cm em envelope
- Selante de Fibrina (Fibrinogênio 70 a 110 mg + Aprotina 3000 KUI + Trombina 500 UI / ml após reconstituição) + diluente + sistema de diluição e aplicação, Kit para 5 ml
- Vitamina K 1 (fitomenadiona) 10 mg, solução EV em ampola 1ml
- Vitamina K 1 (fitomenadiona) 10 mg solução, IM em ampola 1ml
- Vitamina K 1 (fitomenadiona) 2 mg, solução micelar EV, VO, IM em ampola 0,2 ml

(Antianêmicos)

- *Ácido Fólico 5 mg, comprimido E*
- *Eritropoetina Humana 4000 UI, solução em frasco-ampola ou seringa*
- *Eritropoetina Humana 10000 UI, solução, em frasco-ampola ou seringa*
- *Sacarato de Hidróxido Férrico 100mg Fe III, solução em ampola 5 ml*
- *Sulfato Ferroso 125 mg/ml (25 mg/ml de Fe++/ml), solução oral em frasco gotejador 30 ml*
- *Sulfato Ferroso 300 mg (40 mg de ferro elementar), drágea ou comprimido revestido*
- *Vitamina B12 (cianocobalamina) 1000 mcg, solução em ampola 2 ml*

(Substitutos do sangue e soluções para perfusão)

- *Água para injeção, solução em bolsa 250 ml*
- *Água para injeção, solução em bolsa 500 ml*
- *Água para injeção, ampola 10 ml*
- *Albumina Humana 20%, suspensão em frasco-ampola 50 ml*
- *Aminoácidos + Taurina 10%, solução para neonatos em frasco-ampola 250 ml*
- *Aminoácidos 10%, solução em frasco-ampola 500 ml*

- *Aminoácidos 8% solução para hepatopatas em frasco-ampola 500 ml*
- *Bicarbonato de Sódio 8,4%, solução em ampola 10 ml*
- *Bicarbonato de Sódio 8,4%, solução em frasco-ampola 250 ml*
- *Cloreto de Potássio 19,1%, solução em ampola 10 ml*
- *Cloreto de Sódio 0,9% solução em ampola 10 ml*
- *Cloreto de Sódio 0,9%, solução em bolsa 100 ml*
- *Cloreto de Sódio 0,9%, solução em bolsa 250 ml*
- *Cloreto de Sódio 0,9%, solução em bolsa 500 ml*
- *Cloreto de Sódio 0,9%, solução em bolsa 1000 ml*
- *Cloreto de Sódio 20%, solução em ampola 10 ml*
- *Concentrado para Hemodiálise, fração ácida em bombona 5 litros*
- *Concentrado para hemodiálisex, fração básica em bombona 5 litros*
- *Fosfato de Potássio 2 meq/ml, solução em ampola 10 ml*
- *Gelatina 3,5% + Cloreto de Sódio 0,85% + Cloreto de Potássio 0,038% + Cloreto de CáÍcio 0,07%, solução em bolsa 500 ml*
- *Glicose 5% + Cloreto de Sódio 0,9%, solução em bolsa 500 ml*
- *Glicose 5%, solução em bolsa 100 ml*
- *Glicose 5%, solução em bolsa 250 ml*
- *Glicose 5%, solução em bolsa 500 ml*
- *Glicose 50%, solução em ampola 10 ml*
- *Glicose 50%, solução em ampola 500 ml*
- *Glicose 10%, solução em bolsa 500 ml*
- *Gluconato de Cálcio 10%, solução em ampola 10 ml*
- *Hidroxietilamido 6%, solução em bolsa 500 ml*
- *Lipídios 10%, emulsão em frasco-ampola 500 ml*
- *Lipídios 20%, emulsão em frasco-ampola 500 ml*
- *Manitol 20%, solução em bolsa 250 ml*
- *NPT 3:1AV (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução central em bolsa com aproximadamente 1300 ml*
- *NPT 3:1AV (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução central em bolsa com aproximadamente 2000 ml*
- *NPT 3:1AV (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos), solução periférico em bolsa com aproximadamente 1300 ml*
- *NPT 3:1AV (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução hiperprotéica central em bolsa com aproximadamente 2000 ml*
- *NPT 2:1AV (Aminoácidos + Glicose + Eletrólitos), solução em bolsa com*

aproximadamente 1000 ml

- *Ringer com Lactato, solução em bolsa 500 ml*
- *Solução de Collins, solução para perfusão e preservação de órgãos em frasco 1.000 ml + ampola de eletrólitos com 20ml*
- *Solução Custodio, solução para perfusão e preservação de órgãos, bolsa com 2000 ml*
- *Sorbitol27 mg + Manitol 5,4 mg/ml, solução em bolsa 1000 ml*
- *Sulfato de Magnésio 50%, solução em ampola 10 ml*

C – Medicamentos Que Atuam no Sistema Cardiovascular

(Terapia cardíaca)

- *Adenosina 3 mg/ml solução em ampola 2 ml*
- *Alprostadil 20 mcg, pó solúvel ev em frasco-ampola*
- *Amiodarona 200 mg, comprimido*
- *Amiodarona 50 mg/ml, solução em ampola 3 ml*
- *Deslanosídeo 0,4 mg, solução em ampola 2 ml*
- *Digoxina 0,05 mg/ml, elixir em frasco 60 ml*
- *Digoxina 0,25mg, comprimido*
- *Dobutamina 12,5 mg/ml, solução em ampola 20 ml*
- *Dopamina 5 mg/ml, solução em ampola 10 ml*
- *Efedrina 50 mg, solução em ampola 1 ml*
- *Epinefrina 1 mg, solução em ampola 1 ml*
- *Etilefrina 10 mg, solução em ampola 1 ml*
- *Isossorbida 5 mg, comprimido sub lingual*
- *Isossorbida 10 mg, comprimido*
- *Levosimendana 50 mg/ml, solução em ampola 5 ml*
- *Lidocaína 2%, solução em ampola 5 ml*
- *Nitroglicerina 50 mg, solução em ampola de 10 ml*
- *Norepinefrina 2 mg/ml, solução em ampola 4 ml*
- *Sildenafila 5 mg/ml, solução oral em frasco gotejador 10 ml*

(Anti-hipertensivos)

- *Clonidina 100 mcg, comprimido*
- *Clonidina 150 mcg, solução em ampola 1 ml*
- *Hidralazina 25 mg, comprimido*
- *Hidralazina 50 mg, comprimido*
- *Hidralazina 20 mg, solução em ampola 1 ml*
- *Metildopa 250 mg, comprimido*
- *Metildopa 500 mg, comprimido*
- *Nitroprussiato de sódio 50 mg, pó solúvel em frasco-ampola*

(Diuréticos)

- *Espironolactona 25 mg, comprimido*
- *Furosemida 10 mg/ml, solução oral em frasco 120 ml*
- *Furosemida 40 mg, comprimido*
- *Furosemida 10 mg/ml, solução em ampola 2 ml*
- *Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido*

(Vasodilatadores periféricos)

- *Pentoxifilina 400 mg, comprimido*
- *Pentoxifilina 20 mg/ml, solução em ampola 5 ml*

(Vasoprotetores)

- *Oleato de etanolamina 50 mg/ml, solução em ampola 2 ml*

(Agentes betabloqueadores)

- *Atenolol 25 mg, comprimido*
- *Atenolol 50 mg, comprimido*
- *Carvedilol 3,125 mg, comprimido*
- *Carveddilol 6,25 mg, comprimido*
- *Carveddilol 12,5 mg, comprimido*

- *Esmolol 10 mg/ml, solução em ampola 10 ml*
- *Esmolol 250 mg/ml, solução em frasco-ampola 10 ml*
- *Metoprolol 50 mg, comprimido*
- *Metoprolol 1 mg/ml, solução em ampola 5 ml*
- *Propranolol 40 mg, comprimido*

(Bloqueadores de canais de cálcio)

- *Anlodipino 5 mg, comprimido*
- *Anlodipino 10 mg, comprimido*
- *Itiazem 60 mg, comprimido*
- *Nifedipina 20 mg, comprimido de ação retardada*
- *Verapamil 80 mg, comprimido revestido*
- *Verapamil 2,5 mg/Ml, solução em ampola 2 Ml*

(Agentes que atuam sobre o sistema Renina-angiotensina)

- *Captopril 12,5 mg, comprimido*
- *Captopril 25 mg, comprimido*
- *Enalapril 5 mg, comprimido*
- *Enalapril 10 mg, comprimido*
- *Losartana 50 mg, comprimido*

(Agentes que reduzem os lipídios séricos)

- *Colestiramina 4 g, pó em envelope*
- *Pravastatina 40 mg, comprimido*
- *Sinvastatina 20 mg, comprimido*
- *Sinvastatina 40 mg, comprimido*

D – Medicamentos Dermatológicos

(Antifúngicos para uso tópico)

- *Cetoconazol 20 mg/g, creme tópico em bisnaga 20 g*
- *Nistatina 100.000 UI + Óxido de Zinco 200mg/g, creme tópico em bisnaga 60 g*

(Emolientes e protetores)

- *Óleo Dermoprotetor (Ácidos Graxo + Vit A + Vit D), loção oleosa em frasco 200 ml*
- *Óxido de Zinco 150 mg + Vit A 5000 UI +Vit D 900 UI/g, pomada tópica em bisnaga 45g*
- *Vaselina pura em bisnaga 15 g*

(Preparações para o tratamento de feridas e úlceras)

- *Colagenase 0,6 UI/g, pomada tópica em bisnaga 30 g*

(Antipruriginosos incluindo anti-histamínicos e anestésicos)

- *Lidocaína 2%, gel tópico em bisnaga 30 g*
- *Lidocaína 10%, solução injetáve em frasco 50 ml*

(Antibióticos para uso tópico)

- *Neomicina 5 mg + Bacitracina 250 UI/g, pomada tópica em bisnaga 10g*
- *Sulfadiazina de prata 1%, creme tópico em pote 500g*

(Corticosteroide de uso tópico)

- *Dexametasona 0,1%, creme tópico em bisnaga 10 g*

(Antissépticos)

- *Água Boricada 2%, solução tópica em frasco 1000 Ml*

- *Álcool Etílico 70% + Glicerina 2%, solução tópica em almotolia 100 Ml*
- *Clorexidina 0,2%, solução aquosa tópica em almotolia 100 Ml*
- *Clorexidina 0,5%, solução alcoólica tópica em almotolia 100 Ml*
- *Clorexidina 2%, solução degermante em almotolia 100 Ml*
- *Clorexidina 2%, solução degermante em sachê ou frasco dispensador 1000 Ml*
- *Nitrato de Prata 5% em bastão*
- *PVPI 10% (1% iodo), solução aquosa tópica em frasco 100 Ml*

(Outras preparações dermatológicas)

- *Ácido Tricloroacético 60%, solução tópica em frasco 10 Ml*
- *Ácido Tricloroacético 80%, solução tópica em frasco 10 Ml*
- *Ácido Tricloroacético 90%, solução tópica em frasco 10 Ml*

E –Medicamentos que atuam no Sistema Geniturinário e Hormônios Sexuais

(Anti-infecciosos e antissépticos ginecológicos)

- *Metronidazol 250 mg, comprimido*
- *Nistatina 25.000 UI/g, creme vaginal em bisnaga 60 g + aplicador*

F – Hormônios Sistêmicos, Exceto Hormônios Sexuais e Insulinas

(Vasopressina e análogos)

- *Desmopressina 0,1 mg/ml, solução nasal em frasco 2,5 ml*
- *Desmopressina 4 mcg, solução em ampola 1 ml*
- *Terlipressina 1 mg em frasco-ampola*
- *Vasopressina 20 UI, solução em ampola 1 ml*

(Hormônios corticosteroides para uso sistêmico)

- *Dexametasona 4mg, comprimido*
- *Dexametasona 4 mg/ml, solução em frasco-ampola 2,5 ml*
- *Hidrocortisona 100 mg, pó solúvel em frasco-ampola + diluente*
- *Hidrocortisona 500 mg, pó solúvel em frasco-ampola + diluente*
- *Metilprednisolona 125 mg, pó solúvel em frasco-ampola + diluente*
- *Metilprednisolona 500 mg, pó solúvel em frasco-ampola + diluente*
- *Prednisolona 3 mg/ml, solução oral em frasco 60 ml*
- *Prednisona 5 mg, comprimido*
- *Prednisona 20 mg, comprimido*

(Terapia Tireoidiana)

- *Metilprednisolona 125 mg, pó solúvel em frasco-ampola + diluente*
- *Metilprednisolona 500 mg, pó solúvel em frasco-ampola + diluente*
- *Prednisolona 3 mg/ml, solução oral em frasco 60 ml*
- *Prednisona 5 mg, comprimido*
- *Prednisona 20 mg, comprimido*

(Hormônio Pancreático)

- *Glucagon 1 mg, solução em frasco-ampola*

G – Medicamentos Antimicrobianos

(Antimicrobianos de Uso Sistêmico-Glicilciclinas)

- *Tigeciclina 50 mg, pó solúvel em frasco-ampola*

(Penicilinas com espectro ampliado)

- *Ampicilina 1 g, pó solúvel em frasco-ampola*

(Penicilinas sensíveis à Betalactamase)

- *Benzilpenicilina BENZATINA 1.200.000 UI, pó solúvel em frasco-ampola*
- *Benzilpenicilina G CRISTALINA Potássica 1.000.000 UI, pó solúvel em frasco-ampola*
- *Benzilpenicilina G CRISTALINA Potássica 5.000.000 UI, pó solúvel em frasco-ampola*

(Penicilinas resistentes à Betalactamase)

- *Oxacilina 500 mg, pó solúvel em frasco-ampola*

(Combinações de Penicilinas, incluindo inibidores da Betalactamase)

- *Ampicilina 2 g + Sulbactam 1 g, pó solúvel em frasco-ampola*
- *Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg, comprimido revestido*
- *Amoxicilina 400 mg + Clavulanato de Potássio 57 mg/5 ml, pó suspensão oral, frasco 100 ml*
- *Amoxicilina 1 g + Clavulanato de Potássio 200 mg, pó para solução em frasco-ampola*

(Cefalosporinas de 1ª geração)

- *Cefalexina 250 mg/5 ml, suspensão oral em frasco 60 ml*
- *Cefalexina 500 mg, cápsula*
- *Cefalotina 1 g, pó para solução em frasco-ampola*
- *Cefazolina 1 g, pó para solução em frasco-ampola*

(Cefalosporinas de 3ª geraçã)

- *Ceftriaxona 1 g, pó para solução em frasco-ampola*

(Carbepenêmicos)

- *Ertapenem 1 g, pó para solução em frasco-ampola*
- *Meropenem 1 g, pó para solução em frasco-ampola*

(Sulfonamidas)

- *Sulfametoxazol 200 mg + Trimetoprima 40 mg/5 ml, suspensão oral em frasco 60 ml*
- *Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprima 80mg, comprimido*
- *Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprima 80 mg, solução em ampola 5 ml*

(Macrolídeos)

- *Azitromicina 500 mg, comprimido revestido*
- *Azitromicina 500 mg, pó solúvel em frasco-ampola*
- *Azitromicina 200 mg/5 ml, pó para suspensão oral frasco + diluente*
- *Claritromicina 500 mg, comprimido*
- *Eritromicina 125 mg/5 ml, suspensão oral em frasco 60 ml*

(Lincosamidas)

- *Clindamicina 300 mg, cápsulas*
- *Clindamicina 600 mg, solução em ampola 4 Ml*

(Outros Aminoglicosídeos)

- *Amicacina 100 mg, solução em ampola 2 ml*
- *Amicacina 500 mg, solução em ampola 2 ml*
- *Gentamicina 10 mg, solução em ampola 1 ml*
- *Gentamicina 80 mg, solução em ampola 2 ml*
- *Neomicina Sulfato 3,3%, solução oral em frasco 100 ml*
- *Tobramicina 75 mg, solução em ampola 1,5 ml*

(Fluoroquinolonas)

- *Ciprofloxacina 200 mg, solução em bolsa 100 Ml*
- *Ciprofloxacina 500 mg, comprimido*
- *Levofloxacina 250 mg, comprimido revestido*
- *Levofloxacina 500 mg, comprimido revestido*
- *Levofloxacina 500 mg, pó solúvel em frasco-ampola*

(Glicopeptídeos)

- *Vancomicina 500 mg, pó solúvel em frasco-ampola*

(Derivados Imidazólicos)

- *Metronidazol 250 mg, comprimido*
- *Metronidazol 500 mg, solução em bolsa 100 Ml*
- *Metronidazol 1,5 g, solução em bolsa 300 Ml*

(Oxazolidinonas)

- *Linezolida 600 mg, solução em bolsa 300 Ml*
- *Linezolida 600 mg, comprimido revestido*

(Antimicóticos de uso sistêmico)

- Anfotericina B 50mg, pó liofilizado em frasco-ampola
- Anfotericina B Lipossomal 50mg, lipossomas liofilizados em frasco-ampola
- Anidulafungina 100 mg, pó solúvel em frasco-ampola
- Caspofungina 50 mg, pó solúvel em frasco-ampola
- Caspofungina R 70 mg, pó solúvel em frasco-ampola
- Fluconazol 100 mg, cápsulas
- Fluconazol 200 mg, solução em bolsa 100 Ml
- Micafungina 100 mg, pó solúvel em frasco-ampola
- Nistatina 100.000 UI/Ml, suspensão oral em frasco 50 Ml
- Voriconazol 200 mg, pó solúvel em frasco-ampola

- Voriconazol 200 mg, comprimido

H –Medicamentos que atuam no Sistema Músculo Esquelético

(Anti-inflamatórios e antirreumáticos)

- Ácido Acetilsalicílico 100 mg, comprimido
- Ácido Acetilsalicilico 500 mg, comprimido
- Cetoprofeno 100 mg, comprimido
- Cetoprofeno 100 mg, solução IM em ampola 2 ml
- Cetoprofeno 100 mg, pó solúvel EV em frasco-ampola
- Diclofenaco de Sódio 75 mg/ml, solução em ampola 3 ml
- Ibuprofeno 100 mg/ml, suspensão oral gotas em frasco 20 ml
- Indometacina 1 mg/ml, solução oral em frasco 10 ml
- Nimesulida 100 mg, comprimido
- Parecoxibe 40 mg, pó solúvel EV em frasco-ampola
- Sulfassalazina 500 mg, comprimido revestido

(Relaxantes Musculares)

- Baclofeno 10 mg, comprimido
- Cisatracúrio 2 mg/Ml, solução em frasco-ampola 5 Ml
- Cisatracúrio 2 mg/Ml, solução em frasco-ampola 10 Ml
- Dantroleno 20 mg, pó solúvel em frasco-ampola + diluente
- Rocurônio 50 mg, solução em frasco-ampola 5 Ml
- Suxametônio 100 mg, pó solúvel em frasco-ampola
- Suxametônio 500 mg, pó solúvel em frasco-ampola

I – MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO

(Anestésicos locais)

- Bupivacaína 0,5% + glicose 8%, solução hiperbárica em ampola 4 ml

- Bupivacaína 0,5%, solução isobárica em ampola 4 ml
- Bupivacaína 0,5%, solução em frasco-ampola 20 ml
- Bupivacaína 0,5% + adrenalina, solução em frasco-ampola 20 ml
- Bupivacaína 0,75% + adrenalina, solução em frasco-ampola 20 ml
- Lidocaína 5% + glicose 7,5%, solução hiperbárica em ampola 2 ml
- Lidocaína 10%, solução injetável em frasco 50 ml
- Lidocaína 2%, gel tópico em bisnaga 30 g
- Lidocaína 2% + adrenalina, solução em frasco-ampola 20 ml
- Lidocaína 2%, solução em ampola 5 ml
- Lidocaína 2%, solução em frasco-ampola 20 ml
- Prilocaína 30 mg/ml, solução em carpule 1,8 ml

(Anestésicos gerais)

- Alfentanila 0,5 mg/ml, solução em ampola 5 ml
- Dextrocetamina 50 mg/ml, solução em frasco-ampola 2 ml
- Dextrocetamina 50 mg/ml, solução em frasco-ampola 10 ml
- Droperidol 2,5 mg/ml solução injetável em ampola 1 ml
- Etomidato 2 mg/ml solução em ampola 10 ml
- Fentanila 0,05 mg/ml, solução em frasco-ampola 10 ml
- Fentanila 0,05 mg/ml, solução em ampola 2 ml
- Propofol10 mg/ml, emulsão em ampola 20 ml
- Propofol 10 mg/ml. Emulsão em ampola 50 ml
- Propofol 10 mg/ml, emulsão em seringa 50 ml
- Propofol20 mg/ml, emulsão em seringa 50 ml
- Remifentanila 2 mg, pó solúvel em frasco-ampola
- Sevoflurano 1 mg/ml, solução para inalação por vaporização em frasco 250 ml
- Sufentanila 50 mcg/ml, solução EV e espinal em ampola 1 ml
- Sufentanila 5 mcg/ml, solução espinal em ampola 2 ml
- Tiopental 1 g, pó solúvel em frasco-ampola

(Analgésicos)

- Codeína 30 mg + Paracetamol 500 mg, comprimido
- Dipirona 500 mg, comprimido

- Dipirona 500 mg/ml, solução em ampola 2 ml
- Dipirona 500 mg/ml, solução oral em frasco 10 ml
- Morfina 1 mg/ml, solução em ampola 1 ml
- Morfina 0,2 mg/ml, solução em ampola 1 ml
- Morfina10 mg/ml, solução em ampola 1 ml
- Paracetamol 200 mg/ml solução oral em frasco 10 ml
- Paracetamol 750 mg, comprimido
- Tramadol 100 mg, cápsula
- Tramadol 50 mg/ml, solução em ampola 2 ml

(Anticonvulsivantes)

- Ácido Valpróico 250 mg/5ml, xarope em frasco 100 ml
- Ácido Valpróico 500 mg, cápsula
- Ácido Valpróico 250 mg, cápsula
- Carbamazepina 200 mg, comprimido
- Carbamazepina 20 mg/ml, suspensão oral em frasco 100 ml
- Clonazepam 0,5 mg, comprimido
- Clonazepam 2,5 mg/ml, solução oral em frasco 20 ml
- Clonazepam 2 mg, comprimido
- Fenitoína 50 mg/ml, solução em ampola 5 ml
- Fenitoína 100 mg, comprimido
- Fenobarbital 100 mg/ml, solução IM/EV em ampola 2 ml
- Fenobarbital 40 mg/ml, solução oral em frasco 20 ml
- Fenobarbital 100 mg, comprimido
- Oxcarbazepina 300 mg, comprimido

(Ansiolíticos)

- *Clobazam 10 mg, comprimido*
- *Diazepam 10 mg, comprimido*
- *Diazepam 5 mg/Ml, solução em ampola 2 Ml*
- *Lorazepam 2 mg, comprimido*

(Hipnóticos e Sedativos)

- *Dexmedetomidina 100 mcg/Ml, solução em frasco-ampola 2 Ml*
- *Fenobarbital 100 mg/Ml, solução IM/EV em ampola 2 Ml*
- *Fenobarbital 40 mg/Ml, solução oral em frasco 20 Ml*
- *Fenobarbital 100 mg, comprimido*
- *Hidrato de cloral 20 %, solução oral em frasco 30 Ml*
- *Midazolam 1 mg/Ml, solução em ampola 5 Ml*
- *Midazolam 2 mg/Ml, solução oral em frasco 10 ml*
- *Midazolam 5 mg/Ml, solução em ampola 3 Ml*
- *Midazolam 5 mg/Ml, solução em ampola 10 Ml*
- *Nitrazepam 5 mg, comprimido*

J – MEDICAMENTOS ANTIPARASITÁRIOS

(Antiprotozoários)

- *Hidroxicloroquina 400 mg, comprimido*
- *Metronidazol 200 mg/5 Ml, suspensão oral em frasco 60 Ml*
- *Metronidazol 250 mg, comprimido*

(Anti-helmínticos)

- Albendazol 400 mg, comprimido
- Albendazol 40 mg/Ml, suspensão oral em frasco 10 Ml

K – Medicamentos Que Atuam No Sistema Respiratório

(Agentes contra doenças obstrutivas das vias aéreas)

- Aminofilina 24 mg/ml, solução em ampola 10 ml
- Betamesona, acetato 3 mg + betametasona, fosfato dissódico 3 mg/ml, suspensão em ampola 1 ml

- Budesonida 0,25 mg, suspensão para nebulização em ampola 2 ml
- Budesonida 0,5 mg, suspensão para nebulização em ampola 2 ml
- Budesonida 400 mcg + Formoterol 12 mcgr , cápsula com pó inalatório em frasco 60 cápsulas
- Beclometasona 250 mcg/dose, solução para inalação em frasco 200 doses
- Fenoterol 5 mg/ml, solução para inalação em frasco 20 ml
- Ipratrópio 0,25 mg/ml, solução para inalação em frasco 20 ml
- Salbutamol 100 mcg/dose, solução para inalação em frasco com 200 doses
- Salbutamol 0,5 mg, solução em ampola 1 ml
- Tiotrópio 2,5 mcg/dose, solução para inalação em frasco com 60 doses

(Anti-histamínicos para uso sistêmico)

- Dexclorfeniramina 2 mg, comprimido
- Dexclorfeniramina 0,4 mg/Ml, xarope em frasco 100 Ml
- Hidroxizina 2 mg/Ml, solução oral em frasco 100 Ml
- Prometazina 25 mg/ml, solução em ampola 2 Ml

(Outros produtos para o sistema respiratório)

- Surfactante Pulmonar 80 mg/Ml, suspensão estéril em frasco-ampola 1,5 Ml
- Surfactante Pulmonar 80 mg/Ml, suspensão estéril em frasco-ampola 3 Ml

L – Medicamentos Que Atuam Nos Órgãos Dos Sentidos

(Oftalmológicos)

- Atropina 1%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Azul de Trypan 0,1%, solução oftálmica em frasco-ampola 1 ml
- Carbacol 0,01%, solução oftálmica em 1,5 ml
- Ciclopentolato 1%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Ciprofloxacina 0,3%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Dexametasona 1 mg + Neomicina 5 mg + Polimixina B 600 UI + Hipromelose 5 mg/ml, solução oftálmica em frasco 5 ml

- Dextrana 70 1 mg + Hipromelose 3 mg/ml, solução oftálmica em frasco 15 ml
- Fenilefrina 10%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Fluoresceína 1%, solução oftálmica em frasco 3 ml
- Hialuronidase 2000 UTR, solução em ampola 3 ml + diluente
- Metilcelulose 2%, solução oftálmica em seringa 1,5 ml
- Metilcelulose 2%, solução oftálmica estéril em frasco-ampola 5 ml
- Proximetacaína 5%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Retinol 10.000 UI + Aminoácidos 2,5% + Metionina 0,5% + Cloranfenicol 0,5%, pomada oftálmica em bisnaga 3,5 g
- Solução Salina Balanceada, solução estéril em bolsa 500 ml
- Tetracaína 1% + fenilefrina 0,1%, solução oftálmica em frasco 10 ml
- Tobramicina 3 g + dexametasona 1 mg, pomada oftálmica em bisnaga 3,5 g
- Tobramicina 0,3%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Tropicamida 1%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Vitelinato de Prata 10%, solução oftálmica em frasco 5 ml

M – Vários

(Outros agentes diagnósticos)

- Azul de Metileno 2%, solução em ampola 5 Ml
- Azul de Metileno 2%, solução tópica em frasco 100 Ml
- Azul Patente 25 mg/Ml, solução em ampola de 2 Ml
- Bissulfito de Sódio 5%, solução aquosa tópica em frasco 300 Ml
- Fenolftaleína 1%, solução indicadora sem álcool em frasco 500 Ml
- Hidróxido de Potássio 10%, solução aquosa em frasco 100 Ml
- Hidróxido de Sódio 1/9 N (0,1N), solução reagente em frasco 1000 Ml
- Iodeto de potássio 7,5%, solução indicadora em frasco 30 Ml
- Iodo 4%, solução indicadora aquosa em frasco 500 Ml
- Solução de Monsel (sulfato férrico a 20%), solução hemostática em frasco 50 Ml
- Verde Brilhante, pó em pote 25 g

(Outros produtos não terapêuticos)

- Ácido Peracético + Ácido Acético + Peróxido de Hidrogênio, solução desinfetante em bombona 5 Litros
- Ácido Peracético + Peróxido de Hidrogênio ALMOX, solução desinfetante em bombona 5 Litros
- Água estéril para lavagem ferimento em frasco 500 Ml
- Álcool Etílico 70 %, solução para limpeza de superfície em frasco 1000 Ml
- Cloreto de Sódio 0,9%, solução estéril para lavagem ferimento em frasco 500 Ml
- Formaldeído 10%, solução aquosa em frasco 1000 Ml
- Glucoprotamina 12,4% + Cloreto de Benzalcônio 15%, solução aquosa em bombona 6 litros
- Ortoftalaldeído 0,55%, solução aquosa em bombona 3,78 litros
- Peróxido de Hidrogênio 10 Volumes, solução aquosa em frasco 1000 Ml

(Meios de Contraste)

- Loversol 320 mg iodo/Ml, solução em frasco-ampola 100 Ml
- Loversol 350 mg iodo/Ml, solução em seringa 75 Ml
- Sulfato de Bário 1 mg/Ml, suspensão oral em copo 150 Ml

(Medicamentos de uso exclusivo das UTI´s)

- Água Bicarbonatada 3%. Solução oral
- Alprostadil 500mcg/Ml fam
- Beclometasona 400mcg/Ml flaconetes
- Cefotaxima 1G fam
- Ceftazidima 1g fam
- Cetilpiridínio sol. Colutória
- Colagenase+Cloranfenicol tubo
- Domperidona 1mg/Ml susp. Oral
- Esmolol 10mg/Ml amp
- Frutose 5% amp

- Cefepime 26 fam
- Meropenem 500mg fam
- Midazolam 50mg/Ml amp
- Nimodipina 30mg comp
- Tramadol 50mg amp
- Vancomicina 500mg fam

14.6. Apresentação de Critérios para a Contratação de Terceiros para os Serviços de Limpeza, Vigilância e Manutenção Predial.

O INSV adotará um Regulamento Próprio para os Procedimentos de Compra, Contratação de Obras, bem como de Serviços e Locações, que deverá ser devidamente aprovado pela Controladoria Geral do Estado de Goiás.

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1°. O presente instrumento tem como objetivo regulamentar os procedimentos gerais para as compras e para as contratações de obras, serviços, alienações e locações, a serem INSV pessoa jurídica de direito privado, na forma de associação civil sem fins lucrativos e filantrópica, com a utilização de recursos financeiros provenientes do poder público e de doações destinadas ao regular atendimento das necessidades institucionais e operacionais da entidade, com incidência nos Contratos de Gestão celebrados junto ao Estado de Goiás.

§ 1º. Todos os dispêndios realizados pelo INSV se submetem aos princípios constitucionais e da administração pública, minimamente na observância da legalidade, da razoabilidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da e eficiência, da isonomia e do julgamento objetivo.

§ 2º. O INSV adotará procedimentos de compra, contratação de obras e de serviços seguindo ao estabelecido no presente regulamento, sempre que os termos da legislação ou do instrumento celebrado para o recebimento do recurso financeiro assim o exigir.

§ 3º. Os procedimentos instituídos pelo presente regulamento não se aplicam às despesas realizadas com recursos próprios do INSV, bem como àqueles que por sua origem e natureza exigirem procedimentos próprios, a exemplo dos convênios, parcerias, termos de colaboração, termos de fomento, concursos ou outra forma de avença, firmados com o poder público, iniciativa privada, organismos nacionais ou internacionais.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art.2°. Para a finalidade deste regulamento considera-se:

I. Compra: toda aquisição remunerada de materiais de consume e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a Instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

II. Contratação: vínculo jurídico formal como fornecedor de bens de consumo, bens permanentes, obras e serviços, expressos por ordem de compra ou contrato.

III. Obra: toda construção, demolição, reforma, recuperação ou ampliação de edificação ou de qualquer outra benfeitoria agregada ao solo ou subsolo e demais atividades que envolva mas atribuições privativas de Engenharia e Arquitetura.

IV. Serviço: prestação de qualquer trabalho intelectual, técnico ou manual, quando não integrante de execução de obra.

V. Alienação: toda cessão ou transferência de bens móveis, onerosa ou gratuita, permanente ou temporária.

VI. Edital: documento formal emitido pelo INSV público de seu interesse em comprar, contratar ou alienar, contendo todas as informações necessárias.

VII. O parecer de Compras: documento elaborado pelo comprador relatando sucintamente a negociação e o seu resultado.

VIII. Ordem de Compra: documento formal emitido pelo INSV concretizando o ajuste comercial como fornecedor, representando fielmente todas as condições da negociação, a exemplo de descontos, prazo de entrega, condição de pagamento e outras consideradas relevantes.

IX. Contrato: documento formal que, em razão da natureza ou complexidade do ajuste comercial, estabelece por meio de cláusulas, as condições de fornecimento de bens de consumo, bens permanentes, obras, serviço se outras avenças, em conformidade como Direito Civil Brasileiro e os princípios da teoria geral de contratos.

X. Compra/Contratação de Grande Vulto: Aquela cujo valor total estimado da contratação/aquisição ultrapasse a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais).

XI. Compra/Contratação Comum: Representam todas aquelas cujos objetos contratados/adquiridos são usualmente comercializados, ou seja, cuja qualidade, medida e especificações técnicas são conhecidas e praticadas no mercado.

XII. Compra/Contratação Complexa: São todas aquelas que exigem um grau de dificuldade, que não são conhecidas no mercado, e ou exigem uma personalização, com especificações técnicas inéditas para atendimento da necessidade do INSV

XIII. Compra/Contratação de Pequeno Valor: Considera-se para todos os efeitos as aquisições de bens e prestações de serviços definidas de pequeno valor aquela até o limite, de R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais), por procedimento.

CAPÍTULO III

DAS OBRIGAÇÕES

Art.3°. Não operacionalização dos procedimentos definidos neste regulamento o INSV deverá:

§ 1°. Manter os registros referentes às compras/contratações sem processos identificados enumerados cronologicamente, de forma a permitir as rastreabilidade e auditoria do conteúdo dos mesmos.

§ 2°. Determinar os responsáveis pela realização das ações de planejamento, coordenação, supervisão e controle que permitam o adequado gerenciamento da contratação de obras e serviços, aquisição de bens e alienações.

§ 3°. Manterdistintas, em sua estrutura, as funções: Compra/Contratação, Recebimento e Pagamento, descentralizando as respectivas tarefas e atribuições.

§ 4°. Cumprir as rotinas estabelecidas, observando a necessidade da obra, serviço, compra ou alienação, divulgação e cumprimento dos prazos, sistemática de cotação, análise técnica e eleição da melhor proposta, observados os critérios estabelecidos no

§ 5°. Observar nas alienações, a necessidade, a possibilidade da realidade do mercado, bem como os procedimentos legais, conforme o caso.

§ 6°. Realizarprocedimentosderegistrocontábil-financeirodas contratações de obras, serviços, compras e alienações, permitindo diferenciar a origem dos recursos, provenientes do Contrato de Gestão, em conformidade com as melhores práticas contábeis.

CAPÍTULO IV

DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRA E CONTRATAÇÃO

Art. 4°. Serão adotados para os procedimentos de compra e contratação, no mínimo, as seguintes etapas:

I. Emissão da solicitação de compra ou contratação por meio de documento formal coma descrição do objeto da compra ou contratação, além das informações complementares necessárias.

II. Publicação do Edital com a descrição do objeto da compra ou contratação e informações complementares, INSV na internet, podendo ainda publicar em Plataforma eletrônica de compras, jornais de circulação local ou nacional e no Diário Oficial do Estado de Goiás, de forma isolada ou concomitante.

III. Recebimento das propostas no prazo e local estipulado, contendo o preço e demais informações determinadas no Edital.

IV. Análise das propostas em consonância com o objeto e informações contidas no Edital e emissão de parecer técnico, quando for ocaso.

V. Julgamento da melhor proposta levando em consideração os critérios objetivos definidos no Edital, respeitados os limites estabelecidos no presente Regulamento.

VI. Análise dos documentos de habilitação das instituições que ofertarem proposta.

VII. Publicação do resultado por meio de sítio do INSV na internet, contendo o nome da instituição vencedora e o preço total da compra ou contratação.

Art. 5º. A solicitação de compra ou contratação deverá ser instruída com no mínimo as seguintes informações:

I. Descrição detalhada do bem, da obra ou do serviço.

II. Especificações técnicas.

III. Quantidade e forma de apresentação.

IV. Documentação relativa à qualificação técnica, quando necessário.

V. Justificativa da compra ou contratação.

§ 1°. A solicitação de compra ou contratação deverá ser assinada pelo responsável da área solicitante e/ou pelo Gestor da Unidade e encaminhada ao Diretor Administrativo-Financeiro do INSV para autorização.

§ 2°. A indicação de marca ou fabricante, quando imprescindível, será admitida como mera referência.

Art.6°. O INSV dará publicidade prévia aos avisos de compras, contratações de obras, de serviços e alienações, no prazo mínimo de 05 (cinco)dias úteis entre a publicação do aviso e o envio das propostas, no caso de contratações comuns, e 10 (dez) dias úteis para o envio de propostas nas contratações complexas e/ou de grande vulto, a ser realizada nos seguintes canais de comunicação:

I – Sítio eletrônico na internet, para todas as aquisições, contratações e alienações, incluídas aquelas que forem realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras;

II – Jornal de grande circulação estadual e/ou nacional, cujo valor esteja acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), considerado o valor total estimado da aquisição, da contratação ou da alienação;

III – No Diário Oficial do Estado de Goiás, em toda compra/contratação cujo valor global seja igual ou superior a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e que sejam as contratações consideradas complexas, nos termos do art. 2º, inciso XII.

§ 1º. Havendo publicação em mais de um canal acima descrito, a contagem de prazo se dará a partir daquela que ocorrer por último.

§2º. O INSV Edital as condições para recebimento das propostas, estabelecendo o prazo, o local de entrega, o objeto e forma de apresentação do preço, entre outras.

§ 3º. Em todas as hipóteses elencadas nos incisos I, II e III deste artigo, deverão ser disponibilizadas no sítio eletrônico na internet do INSV as versões integrais dos Editais (ou documentos que os substituam) das aquisições e contratações a serem realizadas.

Art. 7º. Para o recebimento das propostas, o INSV definirá os critérios e condições mínimas que deverão constar na apresentação da proposta.

§1º. A proposta vinculará o proponente, cujo descumprimento ensejará na desclassificação.

§ 2º. No caso de divergência entre a proposta e as condições e critérios estabelecidos no Edital, o INSV poderá solicitara retificação da proposta, sob pena de desclassificação.

§ 3º. O descumprimento de qualquer uma das condições impostas neste regulamento ensejará o não recebimento da proposta ou na desclassificação do proponente, observada a possibilidade de retificação de que trato parágrafo anterior.

Art.8º. O Setor de Compras poderá determinar a Análise técnica da proposta, que será realizada pelo solicitante do bem, serviço ou obra.

§1º. Na Análise dos aspectos técnicos da proposta, emitirá parecer técnico habilitando ou desabilitando as propostas integral ou parcialmente, com fundamento na descrição do Edital, facultando-se quando necessário para subsidiara análise, solicitar do proponente, informações complementares do bem ou serviço, amostras, rol de clientes e visita técnica.

§ 2º. Somente poderão lograr-se vencedoras dos procedimentos de compras e contratações, as instituições que tenham seus produtos/marcas cadastrados, aprovados e devidamente registrados no banco de dados do INSV, até a data do recebimento das propostas.

§ 3º. Nos casos em que as amostras apresentadas forem aprovadas após o prazo estabelecido no parágrafo anterior, as instituições poderão fornecer para o INSV apenas em aquisições futuras.

§ 4º. A análise técnica será dispensada nos seguintes casos:

I. Quando a marca ou modelo orçado para um determinado produto já for aprovado pelo INSV, com as informações devidamente anotadas no Banco de Dados.

II. Quando por sua natureza, a aquisição ou contratação dispensar a análise técnica, a exemplo da contratação de cursos, publicação em jornais e aquisição de passagem aérea.

Art.9º. Para apuração da melhor oferta da compra ou da contratação deverão ser observados principalmente, e naquilo que couber, os seguintes requisitos:

I. Qualidade.

II. Relação Preço/Custo por vida útil do item a ser adquirido

III. Prazo de entrega.

IV. Faturamento mínimo.

V. Análise técnica.

VI. Durabilidade do produto/serviço e prazo de validade.

VII. Garantia do produto/serviço.

VIII. Avaliação de fornecedores.

IX. Custo do transporte e do seguro da carga até o local da entrega.

X. Economia na execução, conservação e operação.

XI. Adoção das normas técnicas de saúde e de segurança do trabalho.

XII. Impacto ambiental.

XIII. Atendimento ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantias oferecidas.

XIV. As condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do bem.

XV. Comprovação de capacidade técnica nos casos de fornecimento de bens, serviços ou obras, especialmente aqueles que envolvam importação de matéria-prima ou equipamentos, detenham conhecimento técnico específico, se constitua na complexidade ou envolva área ou atividade essencial.

XVI. Outros, excepcionalmente, identificados como relevantes para a decisão, desde que previamente publicados no Edital e devidamente fundamentado no processo de compra/contratação.

§1°. O INSV a qualquer tempo poderá desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que esse caiba direito de indenização, na hipótese devirá tomar conhecimento de fato ou de circunstância que desabone sua idoneidade financeira ou técnica, ou ainda que comprometa sua capacidade de produção, reative a entrega e qualidade dos produtos.

§2°. Em busca da economicidade em suas compras/contratações o INSV poderá, durante a Análise das propostas, convidar as instituições habilitadas a apresentar novas propostas de preços, dando tratamento isonômico a todas as participantes.

§3º. O Serviço de Compras emitirá Parecer de Compras declarando a melhor proposta aquela que, depois de esgotados todos os meios de negociação com uma ou mais instituições, com o intuito de reduzir os preços ofertados, apresentar as melhores condições de fornecimento, observado o determinado no capítulo deste artigo.

§ 4º. Deverá ser selecionada a proposta mais vantajosa para a Administração, considerando o princípio da economicidade, de forma a ser adotada a solução mais conveniente e eficiente sob o ponto de vista da gestão dos recursos públicos e sob o enfoque do custo-benefício.

Art.10. Para se habilitar na oferta de preço, os proponentes deverão apresentar os seguintes documentos:

I – Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;

II – Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;

III – Inscrição Estadual ou declaração de isento;

IV – Inscrição Municipal ou declaração de isento, no caso de obras e serviços;

V – Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante Certidão Conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;

VI – Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual de Goiás, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais;

VII – Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Municipais, no caso de obras e serviços;

VIII – Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, através da apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF;

IX – Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho;

X – Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);

XI – Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) para o representante da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato.

§ 2º. A documentação relacionada à comprovação da regularidade fiscal de que trata este artigo poderá ser dispensada, desde que devidamente justificado, nos seguintes casos:

a) Aquisições/contratações no valor de até o limite de R$8.800,00 (Oito mil e oitocentos reais) por procedimento;

b) Naquelas consideradas emergenciais, quando comprovadamente colocar em risco de perecimento os bens jurídicos postos sob a tutela do INSV, ou ainda impuser risco à saúde e/ou integridade física de pessoas;

c) Nos casos de fornecedor exclusivo e/ou na inexistência de outros fornecedores na localidade.

§ 3º. Admitir-se-á como válida a certidão positiva com efeito de negativa.

§ 4º. As certidões negativas poderão ser apresentadas até análise de regularidade do processo de aquisição/contratação, realizada pelo Jurídico do INSV.

§ 5º. É vedada a realização de aquisições/contratações sem qualquer comprovação da regularidade jurídica do terceiro, sendo recomendável (porém não impositiva) a exigência dos documentos previstos nos incisos I, II, III, IV, X e XI deste artigo, notadamente aqueles obtidos pela internet. Entretanto, circunstâncias específicas da contratação podem possibilitar o cumprimento desse requisito por meio de outros documentos indicativos da existência e formalidade perante a ordem jurídica e o mercado em que atua.

Art. 11. Caso o proponente que apresentou a melhor proposta não seja habilitado, será convocado o seguinte para negociação, e assim sucessivamente, até que haja uma instituição habilitada, observado o valor estimado para contratação.

§ 1º. Em caso de não restar nenhuma instituição habilitada, apta a fornecer, será realizado novo procedimento, nos termos do artigo 6º.

§ 2º. Persistindo a ausência de fornecedores habilitados, poderá ser realizada a aquisição/contratação nos mesmos termos do parágrafo 2º do artigo 15 deste regulamento.

Art. 12. As compras ou contratações deverão ser autorizadas e efetivadas das seguintes formas:

§ 1°. As compras /contratações cujo valor global seja superior a R$500.000,00 (quinhentos mil reais) serão autorizadas pelo Conselho de Administração do INSV, independente de convocação, sem prejuízo da autorização da Diretoria do INSV

§ 2°. A autorização do Conselho de Administração poderá se dar sempre que a autorização prévia não for possível.

§ 3°. As compras ou contratações cujo valor global seja igual ou inferior a R$500.000,00 (quinhentos mil reais) serão autorizadas:

a) Nos casos de contrato, pelo Diretor Administrativo-Financeiro previamente no parecer de compras e pelo Diretor Presidente no Contrato.

b) Nos casos de ordens de compra pelo Diretor Administrativo-Financeiro e Diretor Presidente.

§ 4°. A Ordem de Compra corresponde ao contrato formal efetuado como fornecedor e encerra o procedimento de compras, representando fielmente todas as condições da negociação, a exemplo de descontos, prazo de entrega, condição de pagamento e outras consideradas relevantes para a gestão do processo.

§ 5°. A Ordem de Compra deverá ser assinada pelo Diretor Administrativo-Financeiro e Diretor Presidente do INSV

§ 6°. Nos casos de compras ou contratações, que por sua natureza ou complexidade a administração do INSV julgar conveniente, será lavrado contrato, que será regido pelo Direito Civil Brasileiro e pelos princípios da teoria geral de contratos.

§ 7°. Toda compra ou contratação, independentemente do valor, será realizada por meio de contratos e dará mediante autorização do Diretor Administrativo-Financeiro no Parecer de Compras e assinatura do Diretor Presidente no contrato.

§ 8°. O Diretor Presidente e o Diretor Administrativo-Financeiro são hábeis para suprir mutuamente suas eventuais ausências na assinatura das Ordens de Compras e Contratos, facultando-se ao Diretor Administrativo-Financeiro a delegação de poderes por meio de instrumento administrativa próprio.

Art.13. Os resultados de todas as compras, contratações de obras e serviços, incluídas aquelas previstas no artigo 15, e as alienações serão disponibilizados no sítio eletrônico do INSV durante a vigência do contrato de gestão, observadas minimamente as seguintes informações:

I. Nos casos de Ordem de compra.

a) Nome da instituição.

b) CNPJ.

c) Descrição do item.

d) Quantidade do item.

e) Valor total.

II. Nos casos de Contrato.

a) Nome da instituição.

b) CNPJ.

c) Objeto do contrato.

d) Vigência do contrato.

e) Valor mensal.

f) Valor total.

Parágrafo único – Além das informações elencadas no inciso II deste artigo, todos os contratos (e seus aditivos) firmados deverão ser publicados, na sua íntegra, no sítio eletrônico do INSV

Art.14. Concluída a compra ou contratação, cumprirá às áreas competentes o recebimento do bem ou do serviço, se de outra forma não for determinado:

I. O Serviço de Almoxarifado é competente para o recebimento dos bens de consumo.

II. O Serviço de Patrimônio é competente para o recebimento de bens permanentes.

III. O Serviço de Manutenção é competente para o recebimento de obras e serviços.

IV. O Serviço de Tecnologia é competente para o recebimento de serviços especializados realizados nos equipamentos tecnológicos e apoio ao Serviço de Patrimônio no recebimento de bens patrimoniais tecnológicos.

Parágrafo Primeiro: Ficam os referidos Serviços, da mesma forma, responsáveis em atestar a conclusão da Ordem de Compras ou do Contrato de acordo com as especificações neles contidos, e ainda pelo encaminhamento da Nota Fiscal para pagamento.

Parágrafo Segundo: Deve constar nos contratos celebrados pela entidade, bem como nas Ordens de Compras e nos outros documentos que os substituam, a obrigação de que o fornecedor deixe registrado de forma impressa no corpo das notas fiscais emitidas (e/ou documentos equivalentes) o número do Contrato de Gestão (e seus aditivos) a que a despesa se refere.

CAPÍTULO V

DAS EXCEÇÕES

Art.15. Ficam excepcionalidades da publicidade prévia disposta no artigo 6º os seguintes casos:

I. Contratação de concessionário ou permissionário de serviços públicos se o objeto do contrato for pertinente ao da concessão ou permissão.

II. Contratação com instituições cujo objeto tenhao preço submetido a tabela controlada pelo governo, quando não for possível o estabelecimento da concorrência.

III. Na contratação de serviços de manutenção em que a desmontagem do equipamento, seja condição indispensável para a realização do orçamento, com a possibilidade de aumentar o dano do equipamento.

IV. Quando o fornecedor for exclusive para o objeto da compra ou contratação, desde que comprovada a exclusividade, através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio local, pelo Sindicato ou equivalente, ou ainda por declaração do fabricante, vedada a preferência de marca.

V. Na contratação de instituição especializada ou professional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado.

VI. Contratação de instituições públicas, entidades para estatais, entidades sem fins lucrativos na área de educação profissional, encaminhamento para pesquisa científica, tecnologia, organizações sociais, universidades nacionais ou estrangeiras.

VII. Nas aquisições de bens, materiais e contratações de serviços e/ou importações cujo valor não exceda R$35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por ano, considerado o valor total da aquisição e/ou contratação, vedado o fracionamento de despesas.

VIII. Nas compras ou contratações realizadas em caráter de urgência ou emergência, caracterizadas pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas ou equipamentos, reconhecidos pela administração.

IX. Nos casos de grave perturbação da ordem pública ou calamidade pública, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas, equipamentos, patrimônio público ou particular sob responsabilidade do INSV reconhecidos pela administração.

X. Atender ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantia oferecidas, devidamente justificadas.

XI. Quando não acudirem interessados à seleção anterior devidamente publicada nos termos do artigo 6º e esta, justificadamente, não puder ser repetida sem prejuízo para o objeto do contrato de gestão, mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas.

§1°. Nas hipóteses dos incisos IV, V, VI e X, deste artigo, a instituição contratada deverá comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de pelo menos uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 2°. As compras ou contratações realizadas com fundamento nos Incisos VII, VIII, IX e XI, deste artigo, serão realizadas por meio de pesquisa de mercado, mediante cotação de preços, sempre que possível junto a, no mínimo, 03 (três) interessados, podendo essa ser realizada por telefone, e-mail ou orçamentos, devidamente registrada no respectivo processo de compras/contratação.

§ 3°. No caso do inciso VI, a contratação somente poderá ocorrer se houver correspondência entre as atividades-fim de tais entidades com aquelas elencadas pelo Contrato de Gestão, sendo que no caso de universidades, estas devem ter por finalidade institucional o ensino e a pesquisa.

§ 4º. As compras ou contratações realizadas com fundamento neste artigo serão autorizadas pelo Diretor Administrativo-Financeiro.

CAPÍTULO VI

DOS CONTRATOS

Art. 16. O instrumento contratual é obrigatório para todas as contratações de obras, fornecimento e prestação de serviços contínuos, e para compras e serviços onde não haja entrega imediata, e facultativo nos demais casos em que o INSV puder substituir por outros instrumentos hábeis.

Parágrafo Único – Entende-se por compras/contratações para entrega imediata, aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra.

Art. 17. Os contratos firmados com base neste regulamento estabelecerão, por escrito, com clareza e precisão, as condições para sua execução, expressas em cláusulas que estejam em conformidade com o instrumento de seleção e com a proposta a que se vinculam, devendo conter, no mínimo, cláusulas que estabeleçam necessariamente:

I – A qualificação das partes;

II – O objeto e seus elementos característicos, contendo a especificação da obra, do serviço, ou do bem;

III – Os valores unitários e totais e as condições de pagamento;

IV – O prazo de vigência do contrato;

V – Quantitativos;

VI – Direitos, obrigações e responsabilidades das partes;

VII – As penalidades cabíveis e os valores das multas;

VIII – Os índices de reajuste, as garantias e penalidades;

IX – Os casos de rescisão;

X – Outras previamente estabelecidas no instrumento de seleção.

§ 1º. Os contratos firmados pela Entidade terão vigência inicial de até 12 (doze) meses, salvo as situações devidamente justificadas.

§ 2º. Exceto os casos em que o fornecedor detiver o monopólio ou exclusividade da atividade, os contratos firmados poderão ser prorrogados até o limite total de 60 (sessenta) meses, devendo o INSV, anualmente, nesses casos, comprovar que a prorrogação da avença atende ao princípio da economicidade.

§ 3º. Quando na utilização de recursos oriundos de contratos de gestão, os contratos firmados pela entidade deverão conter cláusula que disponha sobre a obrigatoriedade de rescisão contratual em caso de término do contrato de gestão.

§ 4º. A determinação do prazo não será aplicada para os contratos de adesão, independentemente do termo adotado, assim compreendidos aqueles em que as cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que se possa discutir ou modificar seu conteúdo.

§ 5º. As contratações realizadas por meio de contratos de adesão, à exceção daquelas em que houver monopólio ou exclusividade da atividade, deverão ser reavaliadas no prazo máximo de até 24 (vinte e quatro) meses, com o objetivo de comprovar a vantajosidade da manutenção do contrato.

§ 6º. Todos os contratos, Ordens de Compras e outros documentos que os substituam, deverão conter a obrigação de que o fornecedor deixe registrado de forma impressa no corpo das notas fiscais emitidas (e/ou documentos equivalentes) o número do Contrato de Gestão (e aditivos) a que a despesa se refere.

Art. 18. As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, constarão de termos aditivos.

§ 1º. Os contratos poderão ser aditados, nas hipóteses de acréscimo ou supressão, que se fizerem necessários nas obras, serviços ou compras, até 25% (vinte e cinco por cento) do

valor inicial e, no caso particular de reforma predial ou de equipamento, até o limite de 50% (cinquenta por cento).

§ 2º. As relações contratuais estabelecidas pelo INSV com seus fornecedores e prestadores de serviços irão sempre prever a obrigatoriedade de que as partes ajam de modo leal, responsável e probo, perseguindo a boa-fé, repelindo quaisquer ações intencionalmente desleais, injustas, desonestas, prejudiciais, fraudulentas ou ilegais, bem como sempre ancoradas em ações de transparência pública.

Art. 19. O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento de seleção ou no contrato, inclusive a suspensão do direito de contratar com o INSV por prazo não superior a 2 (dois) anos.

CAPÍTULO VII

DOS PROCEDIMENTOS DE ALIENAÇÃO

Art.20. Nos procedimentos de alienação de bens móveis, nos casos em que o bem estiver em posse do INSV por força do Termo de Cessão e Permissão de Uso firmado com qualquer Secretaria Estadual, tratada como PARCEIRO PÚBLICO, serão observados os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável a espécie.

Parágrafo Único: O procedimento estabelecido nestes regulamentos e aplica exclusivamente aos bens públicos.

Art.21. A alienação de bens de que trata o Art.20 se vincula a autorização expressa e controle patrimonial direto pelo PARCEIRO PÚBLICO, devendo ser proposta pelo Diretor Administrativo-Financeiro, e confirmada pelo Diretor Presidente e pelo Conselho de Administração do INSV.

§1°. Nas alienações, a modalidade de divulgação e forma de pagamento deverão observe as especificidades do bem a ser alienado e as condições do mercado, em consonância coma Lei nº 8.666/, por se tratar de patrimônio público.

§2°. A alienação de bens móveis integrantes do patrimônio público deverão ser precedida de autorização do PARCEIRO PÚBLICO, cujo resultado financeiro deverá ser reinvestido no desenvolvimento das atividades especificadas no Contrato de Gestão, se de outra formação for determinado.

Art.22. Os bens imóveis pertencentes ao Estado de Goiás dados em cessão e permissão de uso, bem como aqueles adquiridos pelo INSV com recursos públicos originados do Contrato de Gestão não poderão ser alienados em nenhuma hipótese, salvo os casos previstos e

autorizados na forma da lei, cujo procedimento de alienação será realizado pelo poder público por meio de suas Secretarias.

Art.23. Todos os bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido autorizado ao INSV por meio de cessão e permissão deu só têm sua destinação e utilização exclusiva e vinculada à consecução dos objetivos do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO VIII

DA ADESÃO A VALORES REGISTRADOS EM ATA DE REGISTRO DE PREÇOS VIGENTE

Art. 24. É permitido ao INSV utilização dos valores registrados em Atas de Registros de Preços, desde que devidamente vigentes, para formalizar negociação diretamente com o fornecedor vencedor e propor a contratação nos mesmos moldes do Poder Público contratante, de forma a substituir a fase de cotação de preços na formalização de seus processos de aquisições e contratações.

§1°. O procedimento do caput poderá ocorrer quando verificada que a adesão significa redução de gastos, simplificação administrativa, rapidez na contratação e otimização dos gastos, dependendo de autorização do Diretor Administrativo-Financeiro.

§ 2º. O disposto no caput deste artigo somente se aplica quando a licitação tiver sido promovida por Órgão ou Entidade da União, dos Estados ou do Distrito Federal, devendo constar no respectivo processo de compra/contratação a Ata de Registro de Preços que serviu de referência para negociação, bem como cópia de sua publicação na imprensa oficial.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25. É proibido o recebimento de vantagens, de qualquer natureza, por qualquer colaborador da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação de obras, serviços, compras e alienações. Da mesma forma, fica proibido que conste nome, símbolos ou imagens que caracterizem ou favoreçam a promoção pessoal de autoridades ou empregados em publicidade de atos, programas, obras e serviços.

Art.26. É vedado o INSV manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou professional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

Art. 27. O INSV se reserva no direito de revogar o processo de compra/contratação, por sua exclusiva conveniência, a qualquer tempo, desde que justificado no processo de compra, antes da compra ou contratação, sem que caiba a qualquer proponente o direito de exigir compensação pecuniária ou indenização.

Art.28. Os termos deste regulamento se submetem ao controle estatal e social, por meio de sua aprovação pelo Conselho de Administração do INSV e pela Controladoria-Geraldo Estado de Goiás em conformidade com o disposto no inciso VIII, do art.4º e parágrafo único, do art.17, da Leinº15.503/05, do Estado de Goiás.

Art.29. Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 30. Este Regulamento entrará em vigor após a sua publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás.

Goiânia, / /2023

14.6.1. Do Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial

Diariamente os meios de comunicação divulgam notícias sobre eventos que de maneira direta ou indireta causam danos às organizações de saúde e as pessoas que nela se encontram. Podemos citar alguns tipos de ocorrências de segurança como furto, roubo, agressão, acidentes, incêndio, sabotagem, assim como suicídio e evasão de pacientes, entre muitos outros.

O planejamento do Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial do **HERSO** terá como alicerce uma forte política de segurança, amplamente divulgada no âmbito de seus colaboradores, parceiros e clientes, de tal forma que não haja dúvidas quanto à forma de pensar e agir dessa organização. Essa política norteará toda a atuação do departamento de segurança, cuja missão é cumpri-la e assegurar que seja cumprida por todos. Este planejamento possibilitará ainda a redução de gastos com contratos de seguro, reposição de bens não cobertos pelo contrato de gestão e despesas com reparos prediais ou de equipamentos danificados e também não segurados. O simples fato de identificar e eliminar uma fonte de perdas, já propicia uma redução de custos.

No do **HERSO** o vigilante patrimonial será o profissional que executa os procedimentos de controle de acesso e de pronta resposta nos casos onde se faz necessário, sempre com uma postura alerta e atitude firme, mas sem truculência e principalmente de maneira comprometida com os princípios básicos de humanização e hospitalidade. Este profissional será acima de tudo um prevencionista e, portanto, deverá inspecionar permanentemente o ambiente sob a sua vigilância, identificando perigos reais ou potenciais que possam causar danos às pessoas ou a organização. No aspecto da segurança patrimonial,

os serviços serão integralmente terceirizados, o que não excluirá a necessidade de um preposto da instituição para cuidar das contratações e fiscalização dos serviços. Essa supervisão será exercida pelo gestor dos serviços de manutenção.

Competências do Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial:

- Desenvolver ações visando a instalação e manutenção de requisitos de vigilância e segurança patrimonial para manter a ordem e zelar pela segurança dos bens de todo o patrimônio do **HERSO**;
- Participar sempre dos processos decisórios da organização, opinando tecnicamente sobre os impactos dos projetos internos sobre a segurança e o gerenciamento de riscos na organização. Suas recomendações certamente reduzirão as chances de insucesso desses projetos, evitando gastos e conflitos desnecessários, assim como o retrabalho e perda de tempo de profissionais;
- Capacitar colaboradores e parceiros, obtendo com isso uma efetiva redução na taxa de ocorrências ao conscientizar as pessoas a proverem também a sua própria segurança e dos bens da instituição;
- Colaborar na prevenção e proteção de profissionais contra a violência no seu local de trabalho, treinando colaboradores da área assistencial a identificar os sinais de alerta de um potencial agressão, possibilitando afastar-se do perigo antes que lhe cause danos;
- Participar de projetos de arquitetura das unidades de saúde visando oferecer informações que favoreçam os fluxos hospitalares relacionados a vigilância e segurança patrimonial.
- Para contratação de terceiros para o serviço de Vigilância e Segurança, será confeccionado um Termo de Referência constando obrigações do Contratante e Contratado, e esse processo de contratação obedecerá ao Regulamento Próprio do INSV descrito anteriormente.

Serviço De Vigilância

Termo De Referência Para Contratação De Empresa

A prestação dos serviços de vigilância, nos postos fixados pela contratante, envolve a alocação, pela contratada, de profissionais devidamente habilitados, apresentando a respectiva Carteira Nacional de Vigilantes, nos termos da Lei nº 7.102, de 20.06.83, alterada pelas Leis nºs 8863, de 28.03.94 e 9017, de 30.03.95, regulamentada pelos Decretos nºs 89.056, de

24.11.83, e 1592, de 10.08.95, bem como Portaria DPF n° 992, de 25.10.95 alterada pela Portaria nº. 387/2006 - DG/DPF, de 28.08.06 e Portaria DPF nº 891, de 12.08.99, e modificações posteriores.

Objeto:

A prestação de serviço de vigilância e segurança patrimonial será executada pela contratada nas dependências do **HERSO**.

Descrição dos Serviços:

- A prestação dos serviços de vigilância e segurança patrimonial, nos postos fixados pela administração do **HERSO** envolve a alocação, pela contratada, de mão-de-obra capacitada para:
- Comunicar imediatamente à administração, bem como ao responsável pelo posto, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- Manter afixado no posto, em local visível, o número do telefone da delegacia de polícia do município, do corpo de bombeiros, dos responsáveis pela administração da instalação e outros de interesse, indicados para o melhor desempenho das atividades;
- Observar a movimentação de indivíduos suspeitos nas imediações do posto, adotando as medidas de segurança conforme orientação recebida da administração, bem como ás que considerar oportunas;
- Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas;
- Repassar para os vigilantes que estarão assumindo os postos, quando da troca de turnos, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações e suas imediações;
- Colaborar com as polícias civil e militar nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações do **HERSO** facilitando, o melhor possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- Controlar rigorosamente a entrada e saída de pessoas durante o expediente de trabalho, feriados e finais de semana, anotando em documento próprio os registros;
- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhados às instalações, sem que estes estejam devida e previamente autorizados pela diretoria da unidade;
- Proibir a aglomeração de pessoas junto ao posto, atuando no caso de desobediência;

- Proibir todo e qualquer tipo de atividade comercial junto ao posto e imediações, que implique ou ofereça risco à segurança dos serviços e das instalações;
- Proibir a utilização do posto para guarda de objetos estranhos ao local, de bens de colaboradores, parceiros ou terceirizados;
- Executar rondas diárias conforme a orientação recebida da diretoria verificando as dependências das instalações, adotando os cuidados e providências necessários para o perfeito desempenho das funções e manutenção da tranquilidade;
- Assumir diariamente o posto, devidamente uniformizado, barbeado, cabelos aparados, limpos e com aparência pessoal adequada;
- Manter os vigilantes em seus respectivos postos, não devendo se afastar de seus afazeres, principalmente para atender chamados ou cumprir tarefas solicitadas por terceiros;
- Registrar e controlar, as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços.
- A programação dos serviços será feita periodicamente pela Administração e deverão ser cumpridos, pela contratada, com atendimento sempre cortês e de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos colaboradores e das pessoas em geral.

Responsabilidade da Contratada:

- Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
- Comprovar a formação técnica específica da mão-de-obra oferecida, através de certificado de curso de formação de vigilantes, expedidos por Instituições devidamente habilitadas e reconhecidas;
- Comprovar obediência à periodicidade legalmente estabelecida, quanto ao curso de reciclagem;
- Implantar, imediatamente após o recebimento da autorização de início dos serviços, a mão de obra nos respectivos postos e nos horários fixados na escala de serviço elaborada pela administração, informando, em tempo hábil, qualquer motivo impeditivo ou que a impossibilite de assumir o posto conforme o estabelecido;
- Designar por escrito, no ato do recebimento da autorização de serviços, preposto(s) que tenham poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução deste contrato
- Fornecer livro de ocorrência, uniformes e seus complementos à mão-de-obra envolvida, conforme a seguir descrito e com o disposto no respectivo acordo, convenção ou dissídio coletivo de trabalho:

- Uniforme masculino: calça, camisa de mangas compridas e curtas, cinto, sapatos, meias, quepe com emblema, jaqueta de frio ou japona, capa de chuva, crachá, cinto com coldre e baleiro, distintivo tipo broche, apito, cordão de apito, lanterna 3 pilhas grandes, pilhas para lanterna;
- A contratada não poderá repassar os custos de qualquer um destes itens de uniforme e equipamentos a seus empregados;
- Propiciar aos vigilantes as condições necessárias para o perfeito desenvolvimento dos serviços, fornecendo-lhes:
- Equipamentos de proteção individual adequados às tarefas que executam e às condições climáticas;
- Equipamentos e materiais tais como equipamentos de intercomunicação, lanternas e pilhas, livros de capa dura numerados tipograficamente, para registro de ocorrências;
- Prever toda a mão-de-obra necessária para garantir a operação dos postos nos regimes contratados, obedecidas às disposições da legislação trabalhista vigente, uniformizados e portando crachá com foto recente;
- Apresentar atestado de antecedentes civil e criminal de toda mão-de-obra oferecida para atuar nas instalações da unidade;
- Efetuar a reposição da mão-de-obra nos postos, em caráter imediato, em eventual ausência, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho (dobra);
- Manter disponibilidade de efetivo dentro dos padrões desejados, para atender eventuais acréscimos solicitados pela administração, bem como impedir que a mão-de-obra que cometer falta disciplinar, qualificada como de natureza grave, seja mantida ou retorne às instalações da mesma;
- Atender de imediato às solicitações quanto a substituições da mão-de-obra, qualificada ou entendida como inadequada para a prestação dos serviços;
- Instruir ao seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações da administração, inclusive quanto ao cumprimento das normas internas e de segurança e medicina do trabalho;
- Relatar à administração toda e qualquer irregularidade observada nos postos das instalações onde houver prestação dos serviços;
- Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus empregados acidentados ou com mal súbito;
- Manter controle de frequência e pontualidade de seus vigilantes sob o contrato;
- Apresentar quando solicitado os comprovantes de pagamentos de benefícios e encargos;
- Fornecer vale refeição aos seus empregados envolvidos na prestação dos serviços, conforme, estabelecidos quando previsto em convenção coletiva de trabalho;

- Fornecer, quando previsto, as armas, munições e respectivos acessórios ao vigilante no momento da implantação dos postos;
- Apresentar à contratante a relação de armas e cópias xerográficas autenticadas dos respectivos "Registro de Arma" e "Porte de Arma", que serão utilizadas no cumprimento do contrato;
- A arma deverá ser utilizada somente em legítima defesa própria ou de terceiros e na salvaguarda do patrimônio da Contratante, depois de esgotados todos os outros meios para a solução de eventual problema;
- Indicar um supervisor para realizar semanalmente, em conjunto com a contratante, o acompanhamento técnico das atividades, visando à qualidade da prestação dos serviços;
- Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à contratante ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, a fiscalização da contratante em seu acompanhamento.

Responsabilidades da Contratante:

- Efetuar periodicamente a programação dos serviços a serem executados pela contratada;
- Exercer a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados;
- Indicar, formalmente, o gestor e/ou o fiscal para acompanhamento da execução contratual.
- Expedir autorização de serviços, com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis da data de início da execução dos mesmos;
- Encaminhar a liberação de pagamento das faturas da prestação de serviços aprovadas;
- Indicar instalações sanitárias para utilização dos vigilantes;
- Indicar vestiários com armários guarda-roupas para utilização dos vigilantes.

Fiscalização dos Serviços:

- Não obstante a Contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, à Contratante é reservado o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, diretamente ou por prepostos designados.
- Os supervisores da contratada deverão, obrigatoriamente, inspecionar os postos no mínimo 01 (uma) vez por semana, em dias e períodos (diurno 07h/15h e noturno 15h/23h) alternados.

- A fiscalização da administração do **HERSO** não permitirá que a mão-de-obra execute tarefas em desacordo com as preestabelecidas.
- A fiscalização da administração do **HERSO** terá livre acesso aos locais de trabalho da mão-de-obra da contratada, podendo entre outras ações:
- Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de colaboradores da contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embaraçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;
- Executar mensalmente a medição dos serviços pela área mensal contratual, descontando-se do valor devido, o equivalente à indisponibilidade dos serviços contratados e por motivos imputáveis à contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato.

Atribuições dos Vigilantes:

- Efetuar a passagem do plantão;
- Permanecer no posto durante todo o plantão;
- Assumir o posto, devidamente uniformizado, e com aparência pessoal adequada;
- Controlar a entrada e saída de materiais e bens patrimoniais;
- Controlar a entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes;
- Controlar a entrada e saída de veículos, colaboradores e visitantes, após o término de cada expediente de trabalho, feriados e finais de semanas na conformidade do que venha a ser estabelecido pela contratante;
- Fiscalizar a entrada e saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de empregados autorizados a estacionarem seus carros particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;
- Fiscalizar a entrada e saída de materiais, mediante conferência das notas fiscais ou de controles próprios da Contratante;
- Executar a(s) ronda(s) diária(s) conforme a orientação recebida da Contratante, verificando todas as dependências das instalações, adotando os cuidados e providências necessários para o perfeito desempenho das funções e manutenção da ordem nas instalações;
- Efetuar testes periódicos dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando à manutenção das condições de segurança;
- Prestar informações ao público sempre de maneira cortês e educada;

- Participar de cursos e treinamentos disponibilizados pela instituição contratada e pelo **HERSO**;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- Manter a ordem geral.

Normas Administrativas:

- A fiscalização da Contratante terá livre acesso aos locais de execução do serviço;
- A CONTRATANTE exercerá a fiscalização dos serviços contratados, de modo a assegurar o efetivo cumprimento da execução do escopo contratado, cabendo, também;
- Realizará supervisão das atividades desenvolvidas pela CONTRATADA, efetivando avaliação periódica.
- O Quadro de pessoal do Serviço de Segurança será constituído por vigilantes, com regime de trabalho de 12 horas diárias, em plantões diurno e noturno;
- Os gastos com armamento e equipamentos de segurança necessários ao serviço, inclusive, uniformes, ocorrerá às expensas da contratada;
- A contratada deverá cumprir a programação dos serviços feita periodicamente pela contratante, com atendimento sempre cortês e de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos empregados e das pessoas em geral que se façam presentes.
- As ações dos vigilantes devem se restringir aos limites das instalações da contratante e nas circunscritas à sua área de atuação estabelecida pela legislação específica;
- Os trabalhos deverão ser executados de forma a garantir os melhores resultados, cabendo à contratada otimizar a gestão de seus recursos, quer humanos quer materiais, com vistas à qualidade dos serviços à satisfação da contratante.
- A contratada responsabilizar-se-á integralmente pelos serviços contratados, cumprindo evidentemente, as disposições legais que interfiram em sua execução.

14.6.2. Do Serviço de Limpeza / Higienização e Conservação Hospitalar:

Limpeza Hospitalar é a atividade desenvolvida no Hospital que objetiva fazer a higienização, conservação e desinfecção dos ambientes hospitalares e das superfícies fixas e móveis da unidade, de forma a remover as sujidades visíveis e reduzir a população microbiana, inclusive pragas, por meios físicos, químicos ou mecânicos, promovendo o bem estar dos pacientes, colaboradores e demais pessoas que transitam nesses ambientes, visando a obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene nas dependências do hospital,

com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, produtos saneantes do sanitários e materiais e equipamentos apropriados.

Competências do Serviço de Higienização e Conservação:

Limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; remoção, redução ou destruição de micro organismos patogênicos; controle de disseminação de contaminação biológica, química, etc., mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas hospitalares, o que inclui tetos, pisos, paredes/divisórias, portas, janelas, mobiliários, equipamentos, instalações sanitárias, grades do ar condicionado e/ou exaustor, etc.

Os serviços serão executados em superfícies, tais como:

- Pisos, paredes/divisórias, tetos, portas/visores, mobiliários, inclusive, camas, quando da saída dos pacientes e demais instalações.
- Limpeza e desinfecção de terminais de leitos, camas, colchões, travesseiros, mobiliários e móveis hospitalares, seguindo protocolo padronizado pelo serviço;
- Limpeza das geladeiras (partes interna e externa) em uso nos setores, sob orientação de preposto da manutenção.
- Recolhimento das caixas de acondicionamento de materiais perfuro cortantes e repor outra caixa montada no momento do recolhimento;
- Abastecimento, sempre que necessário, de dispensadores e saboneteiras;
- Limpeza e desobstrução de ralos de escoamento, desentupindo-os quando necessário desde que isto não implique em mão de obra de bombeiro ou pedreiro;
- Varredura de pátios internos e externos, calçadas, entradas e saídas do **HERSO**;
- Lavagem geral de áreas internas e externas, incluindo calçadas e pátios;
- Limpeza e polimento de metais tais como: válvulas, registros, sifões, fechaduras e etc.;
- Limpeza de Fachadas.
- Limpeza de caixa d'água;

Observação:

- A periodicidade da limpeza deverá ser feita conforme necessidade e criticidade da área.

- Para contratação de terceiros para o serviço de Higienização e Conservação, será confeccionado um Termo de Referência constando obrigações do Contratante e Contratado, e esse processo de contratação obedecerá ao Regulamento Próprio descrito anteriormente.

Termo de Referência para Contratação de Empresa

A prestação dos serviços de vigilância, nos postos fixados pela contratante, envolve a alocação, pela contratada, de profissionais devidamente habilitados.

Objeto:

A prestação de serviço de higienização e conservação será executada pela contratada nas dependências do **HERSO**.

Descrição dos Serviços por áreas hospitalares:

- **Áreas críticas:** Serão consideradas áreas críticas aquelas que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de alto risco com sistema imunológico comprometido, ou ainda, aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de microrganismos patogênicos, tais como: Centros Cirúrgicos, Recuperação pós-anestésica, Central de material esterilizado, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Isolamento, Pronto Atendimento, Expurgos, Laboratórios de Análises Clínicas, Anatomia Patológica, Áreas de preparo e manipulação de alimentos e dietas, Salas de preparo de Nutrição Parenteral, Salas de preparo de Quimioterapia, Salas de procedimentos invasivos, Farmácia de manipulação, Área suja da lavanderia, Necrotério e Similares.
- **Áreas Semicríticas**: Serão consideradas áreas semicríticas aquelas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, tais como: Unidade de Internação, Unidade de Atendimento Ambulatorial, Sala de Triagem e Espera Centro de Radiodiagnóstico e Similares.
- **Áreas Não-críticas:** Serão consideradas áreas não críticas aquelas áreas hospitalares ocupadas ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, tais como Refeitórios, Áreas limpas da Lavanderia e Similares.

Métodos e Equipamentos de Limpeza de Superfícies:

- **Limpeza Úmida**: Consiste na utilização de água, como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser por processo manual ou mecânico.
- **Limpeza com Jatos de Vapor de Água**: Trata-se de alternativa de inovação tecnológica por meio de limpeza realizada com equipamento com jatos de vapor d'água, saturada sob pressão, sendo destinada predominantemente para a Limpeza Terminal. Sua utilização será precedida de avaliação, pela contratante, das vantagens e desvantagens.
- **Limpeza Molhada:** Consiste na utilização de água abundante, como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser manual ou mecânica, destinada principalmente para a limpeza terminal.
- **Limpeza Seca:** Consiste na retirada de sujidade, pó ou poeira sem a utilização de água. A limpeza com vassouras é recomendável somente em áreas externas.

Técnica de Desinfecção:

A desinfecção é o processo aplicado a superfícies inertes, que elimina microrganismos na forma vegetativa, não garantido a eliminação total dos esporos bacterianos. Pode ser realizada por meio de processos químicos ou físicos. Será feita da seguinte forma:

- Com uso de luvas, retirar o excesso da carga contaminante em papel absorvente;
- Desprezar o papel ou panos em saco plástico de lixo;
- Aplicar, sobre a área atingida, desinfetante adequado e deixar o tempo necessário;
- Remover o desinfetante com pano molhado e proceder à limpeza com água e sabão no restante da superfície.

Técnica de Descontaminação: (Deve ser feita da seguinte forma)

- Aplicar o produto sobre a matéria orgânica e esperar o tempo de ação deste;
- Remover o conteúdo descontaminadas com auxílio de papel absorvente;
- Desprezar no lixo e proceder a limpeza usual, com água e sabão, no restante da superfície.

Produtos Exigidos para Higienização Hospitalar:

- **Germicidas:** São agentes químicos que inibem ou destroem os microrganismos, podendo ou não destruir esporos. Na seleção dos germicidas há necessidade de considerar: a necessidade de seu uso e a avaliação dos produtos disponíveis no mercado (formulação, ação sobre patógenos, efeitos de alcalinidade ou acidez;

incompatibilidade, corrosividade, efeitos tóxicos, susceptibilidade a inativações por matérias orgânicas, efeito cumulativo e/ou residual e custos).

- **Desinfetantes:** São agentes químicos capazes de destruir microorganismos na forma vegetativa, podendo destruir parcialmente os esporos, em artigos ou superfícies, sendo divididos segundo seu nível de atividade em: alto, médio ou baixo.
- **Hipoclorito de Sódio**: Atua como desinfetante devido ao cloro ativo. Para a desinfecção de equipamentos e superfícies contaminados com material biológico, utilizam-se soluções de hipoclorito de sódio de 1% de cloro ativo (10.000 ppm) estável. O uso de hipoclorito de sódio não será recomendado em metais e mármores, devido à sua ação corrosiva.
- **Cloro orgânico**: O dicloroisocianureto de sódio age da mesma forma que o hipoclorito de sódio. Apresentado em pó e pode ser associado a tenso ativo. Para a desinfecção de superfícies fixas é utilizado numa concentração de 3%. O cloro orgânico possui estabilidade, menor toxicidade, baixa corrosividade, sendo mais fácil e seguro seu manuseio e aplicação.
- **Alcoóis**: O mais utilizado é o álcool etílico, por possuir maior atividade germicida, menor custo e toxicidade. Para a desinfecção de superfícies recomenda-se a concentração de 77% volume/volume, que corresponde a 70% em peso/volume. O uso em acrílico, borrachas e tubos plásticos é contra indicado, pois podem danificá-los.
- **Detergentes:** São substâncias tenso ativas, solúveis em água e dotadas de capacidade de emulsificar gorduras e manter resíduos em suspensão. São utilizados para limpeza de artigos e superfícies e para lavagem das mãos.

Observações:

A utilização de produtos, utensílios e equipamentos para a limpeza e desinfecção deve atender as determinações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, as recomendações dos órgãos públicos de saúde e as especificidades apresentadas pelos fabricantes.

Na seleção de produtos de limpeza de superfícies deverão ser considerados:

- Quanto às superfícies, equipamentos e ambientes:
- Natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada;
- Tipo e grau de sujidade;
- Tipo de contaminação;
- Qualidade da água;
- Método de limpeza;

- Segurança na manipulação e uso de produtos de limpeza.

➢ Quanto ao tipo de germicida:

- Tipo de agente químico e concentração;
- Tempo de contato para ação;
- Influência da luz, temperatura e pH;
- Interação com íons;
- Toxicidade;
- Inativação ou não em presença de matéria orgânica;
- Estabilidade;
- Prazo de validade para uso;
- Condições para uso seguro;
- Necessidade de retirar resíduos do desinfetante, após utilização.

Tipos de Limpeza que deverão ser preconizados no HERSO:

a) Áreas Críticas e Semi Críticas:

a.1) Limpeza concorrente ou diária:

Trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter e/ou conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação e ainda fazer reposição de material de higiene. Nas salas cirúrgicas, a limpeza concorrente será realizada imediatamente após cada cirurgia e sempre que necessário.

a.2) Equipamentos:

Carrinho de serviço completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, mops e esfregões, produtos de limpeza, EPI, produtos de reposição e outros que julgar necessários.

a.3) Método:

- Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferentes para solução detergente e para água limpa;
- Limpeza molhada para banheiro;
- Desinfecção localizada na presença de matéria orgânica.

a.4) Técnica:

- Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja;
- Utilizar movimento único de limpeza.

a.5) Etapas:

- Reunir todo material necessário em carrinho de limpeza;
- Colocar o carrinho ao lado da porta de entrada do ambiente, sempre do lado de fora;
- Colocar os EPI necessários para realização da limpeza;
- Efetuar, quando necessária, a desinfecção do local, mediante remoção da matéria orgânica exposta, conforme normas vigentes. Após a devida desinfecção, as luvas deverão ser trocadas para execução das demais etapas;
- Recolher os sacos de lixo do local, fechá-los adequadamente e depositá-los no saco "hamper" do carrinho de limpeza e efetuar a troca de luvas;
- Realizar a remoção das migalhas, papéis, cabelos e outros;
- Iniciar a limpeza pelo mobiliário com solução detergente para a remoção da sujidade, proceder ao enxágue e, sempre que necessário, realizar fricção com álcool 70%;
- Proceder à limpeza da porta / visor e maçaneta com solução detergente e enxaguar;
- Proceder à limpeza do piso com solução detergente;
- Realizar a limpeza do banheiro, iniciando pela pia, o box, o vaso sanitário e, por fim, o piso;
- Desprezar o conteúdo dos baldes no local indicado pela contratante, procedendo à higienização dos mesmos;
- Proceder à higienização do recipiente de lixo com solução detergente, em local específico;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Repor os sacos de lixo;
- Repor os produtos de higiene pessoal (sabão, papel toalha e papel higiênico).

b) <u>Limpeza terminal:</u>

É o processo de limpeza e/ou desinfecção de toda a área Hospitalar, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos, com a finalidade de remover a sujidade e diminuir a contaminação ambiental, abastecendo as unidades com material de higiene e será realizada sempre que se fizer necessária. Em Unidades de Internação de Pacientes realizada a qualquer momento, após alta, transferência ou óbito ou em períodos programados. Nas Salas Cirúrgicas, a limpeza terminal será realizada ao término da programação cirúrgica, diária ou semanal, de acordo com a definição do protocolo da unidade.

b.1) Equipamentos:

Carrinho de serviço completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, mops e esfregões, produtos de limpeza, EPI, produtos de reposição e outros que julgar necessários.

b.2) Método:

- Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferentes para solução detergente e para água limpa.
- Limpeza molhada para banheiro.
- Desinfecção na presença de matéria orgânica.

b.3) Técnica:

- Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja.
- Utilizar movimento único de limpeza.

b.4) Etapas:

- Reunir todo material necessário em carrinho de limpeza;
- Colocar o carrinho ao lado da porta de entrada do ambiente, sempre do lado de fora;
- Colocar os EPI necessários para a realização da limpeza;
- Efetuar, quando necessária, a desinfecção do local, mediante remoção da matéria orgânica exposta, conforme normas vigentes. Após a devida desinfecção, as luvas deverão ser trocadas para execução das demais etapas;
- Recolher os sacos de lixo do local, fechá-los adequadamente e depositá-los no saco "hamper" do carrinho de limpeza;
- Iniciar a limpeza interna e externa do mobiliário da unidade com solução detergente para remoção da sujidade; proceder ao enxágüe e após friccionar com álcool 70%;
- Executar a limpeza do teto, luminárias, janela, paredes/divisórias, grades de ar condicionado e/ou exaustor, portas/visores, maçanetas, interruptores e outras superfícies;
- Proceder à lavagem do piso com solução detergente, preferencialmente com máquinas;
- Realizar a lavagem do banheiro, limpeza do teto, paredes, pia (inclusive torneiras), box, vaso sanitário e, por fim, o piso.
- Desprezar o conteúdo dos baldes no local indicado pela contratante, procedendo à higienização dos mesmos;
- Proceder à higienização do recipiente de lixo com solução detergente, em local específico;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Repor os sacos de lixo nos respectivos recipientes limpos;
- Repor os produtos de higiene pessoal (sabão, papel toalha e papel higiênico).

Tipos de limpeza e frequência de execução:

A periodicidade e frequência de limpeza concorrente nos ambientes específicos será determinada pelo responsável da higienização de cada unidade de assistência à saúde, em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

A seguir, encontra-se relacionados exemplos de periodicidade e frequência de limpeza concorrente e terminal de alguns dos principais ambientes do **HERSO** que devem seguir protocolos pré-estabelecidos.

Tabela 14.6.2-1 - Para Limpeza do Setor: Centro Cirúrgico

AMBIENTE /SUPERFÍCIE		FREQÜÊNCIA	
		LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face interna e externa		Semanal e sempre que necessário
Balcão e bancadas		Após cada procedimento	Semanal e sempre que necessário
Dispensadores e porta escova			Ao final da última cirurgia sempre que necessário
Maca Transfer			Semanal e sempre que necessário
Luminárias e similares			Semanal e sempre que necessário
Janelas	Face interna		Semanal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal

Pisos em geral		Após cada procedimento	Semanal sempre que necessário
Lavatório		Após cada procedimento Sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e Dispensadores	Face externa	Após cada procedimento Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término Do sabão
Toalheiro	Face externa	Após cada procedimento Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término Do papel

Tabela 14.6.2-2 - Setor De Emergência / UTI:

AMBIENTE /SUPERFÍCIE	FREQÜÊNCIA	
	LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
Salas pré-operatórias	3 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal sempre que necessário
Salas operatórias	Antes do início da primeira cirurgia e após cada cirurgia	1 vez ao dia
Reanimação do RN	3 vezes ao dia Sempre que necessário	1 vez ao dia

Recuperação pós-anestésica		3 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal sempre que necessário
Lavatório		3 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e dispensadores	Face externa	Após cada procedimento Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
Toalheiro	Face externa	Após cada procedimento Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel

Tabela 14.6.2-3 - Setor: Ambulatórios

AMBIENTE /SUPERFÍCIE		FREQÜÊNCIA	
		LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face interna e externa		Mensal e sempre que necessário
Balcão e bancadas		2 vezes ao dia sempre que necessário	Quinzenal e sempre que necessário
Luminárias e similares			Quinzenal e sempre que necessário

Janelas	Face interna		Quinzenal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
Paredes/ Divisórias, Teto e Portas /Visores			Quinzenal e sempre que necessário
Pisos em geral		2 vezes ao dia sempre que necessário	Semanal
Consultórios / Triagem		2 vezes ao dia sempre que necessário	Semanal
Salas de Curativos		2 vezes ao dia sempre que necessário	Semanal
Salas de medicação / inalação		2 vezes ao dia sempre que necessário	Semanal
Salas de Vacinação		2 vezes ao dia sempre que necessário	Semanal
Lavatório		3 vezes ao dia sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e Dispensadores	Face externa	3 vezes ao dia sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
Toalheiro	Face externa	3 vezes ao dia sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel

Tabela 14.6.2-4 - Setor: Central De Material Esterilizado – CME

AMBIENTE /SUPERFÍCIE		FREQÜÊNCIA	
		LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face interna e externa		Semanal e sempre que necessário
Balcão e Bancadas		2 vezes ao dia sempre que necessário	Semanal e sempre que necessário
Luminárias e similares			Semanal e sempre que necessário
Janelas	Face interna		Semanal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
Paredes/divisórias, teto e portas/visores			Semanal e sempre que necessário
Pisos em geral		2 vezes ao dia sempre que necessário	Semanal
Lavatório		3 vezes ao dia sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e dispensadores	Face externa	3 vezes ao dia sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão

Toalheiro	Face externa	3 vezes ao dia sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel

Tabela 14.6.2-5 - Setor: Laboratório

AMBIENTE /SUPERFÍCIE		FREQÜÊNCIA	
		LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face interna e externa		Mensal e sempre que necessário
Balcão e bancadas		1 vezes ao dia Sempre que necessário	Diária e sempre que necessário
Luminárias e similares			Mensal e sempre que necessário
Mobiliários (cadeiras, mesas)			1 vezes ao diaSempre que necessário
Janelas	Face interna		Semanal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
Paredes /Divisórias, Teto e Portas/ Visores			Semanal e sempre que necessário
Pisos em geral		1 vez ao dia e ao final do expediente Sempre que	Semanal

		necessário	
Lavatório		3 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e dispensadores	Face externa	3 vezes ao dia Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
Toalheiro	Face externa	3 vezes ao dia Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel

a) Responsabilidade da Contratada:

- Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
- Comprovar que possui a equipe mínima necessária para que seja realizada a higienização e conservação em todos os setores do **HERSO**;

a.1) Equipe mínima:

- **Supervisor**: responsável pelo planejamento, cronogramas de higienização, escalas dos agentes e encarregados de limpeza, fiscalização dos procedimentos operacionais de serviços, inclusive da frequência por meio do controle de ponto, férias, folgas, substituições, e no caso que caiba aplicação de advertências de acordo com as normas internas da instituição; responsável também pela Inspeção, notificação e orientação para o adequado desempenho das atividades dos agentes de limpeza.
- **Agente de Limpeza (em todos os setores do HERSO):** responsável pela execução dos serviços de higienização de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor, com os cuidados necessários e usando os EPI(s) no correr do procedimento da limpeza; responsável também pelo uso e guarda e conservação

dos seus uniformes e equipamentos pessoais, cabendo-lhe comunicar à liderança qualquer alteração que os tornem impróprios para o uso.

- Implantar, imediatamente após o recebimento da autorização de início dos serviços, a mão de obra nos respectivos postos e nos horários fixados na escala de serviço elaborada pela administração, informando, em tempo hábil, qualquer motivo impeditivo ou que a impossibilite de assumir o posto conforme o estabelecido;
- Designar por escrito, no ato do recebimento da autorização de serviços, preposto(s) que tenham poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução deste contrato;
- Fornecer livro de ocorrência, uniformes e seus complementos à mão-de-obra envolvida, conforme a seguir descrito e com o disposto no respectivo acordo, convenção ou dissídio coletivo de trabalho: Uniforme masculino: calça de elástico, camisa e sapatos próprios ao uniforme, manter cabelos curtos e penteados, manter barba feita, não utilizar adornos, manter unhas limpas e curtas; Uniforme feminino: calça de elástico, blusa e sapatos próprios ao uniforme, cabelos presos e arrumados, no caso de utilizar maquiagem, que esta seja discreta, não fazer uso de adornos, manter unhas curtas e limpas; A contratada não poderá repassar os custos de qualquer um destes itens de uniforme e equipamentos a seus empregados.
- Propiciar aos vigilantes as condições necessárias para o perfeito desenvolvimento dos serviços, fornecendo-lhes: Equipamentos de proteção individual adequados às tarefas que executam e às condições climáticas;
- Prever toda a mão-de-obra necessária para garantir a operação dos postos nos regimes contratados, obedecidas às disposições da legislação trabalhista vigente, uniformizados e portando crachá com foto recente;
- Apresentar atestado de antecedentes civil e criminal de toda mão-de-obra oferecida para atuar nas instalações da unidade;
- Efetuar a reposição da mão-de-obra nos postos, em caráter imediato, em eventual ausência, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho (dobra);
- Manter disponibilidade de efetivo dentro dos padrões desejados, para atender eventuais acréscimos solicitados pela administração, bem como impedir que a mão-de-obra que cometer falta disciplinar, qualificada como de natureza grave, seja mantida ou retorne às instalações da mesma;
- Instruir ao seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações da administração, inclusive quanto ao cumprimento das normas internas e de segurança e medicina do trabalho;
- Relatar à administração toda e qualquer irregularidade observada nos postos das instalações onde houver prestação dos serviços;

- Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus empregados acidentados ou com mal súbito;
- Manter controle de frequência e pontualidade de seus funcionários sob o contrato;
- Apresentar quando solicitado os comprovantes de pagamentos de benefícios e encargos;
- Fornecer vale refeição aos seus empregados envolvidos na prestação dos serviços, conforme, estabelecidos quando previsto em convenção coletiva de trabalho;
- Indicar um supervisor para realizar semanalmente, em conjunto com a contratante, o acompanhamento técnico das atividades, visando à qualidade da prestação dos serviços;
- Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à contratante ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, a fiscalização da contratante em seu acompanhamento.

a.2) Responsabilidades da Contratante:

- Efetuar periodicamente a programação dos serviços a serem executados pela contratada;
- Exercer a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados;
- Indicar, formalmente, o gestor e/ou o fiscal para acompanhamento da execução contratual;
- Expedir autorização de serviços, com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis da data de início da execução dos mesmos;
- Encaminhar a liberação de pagamento das faturas da prestação de serviços aprovadas;
- Indicar instalações sanitárias para utilização dos funcionários;
- Indicar vestiários com armários guarda-roupas para utilização dos funcionários.

a.3) Fiscalização dos Serviços:

- Não obstante a Contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, à Contratante é reservado o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, diretamente ou por prepostos designados.
- Os supervisores da contratada deverão, obrigatoriamente, inspecionar os postos no mínimo 01 (uma) vez por semana, em dias e períodos (diurno 07h/15h e noturno 15h/23h) alternados.

- A fiscalização da administração do **HERSO** não permitirá que a mão-de-obra execute tarefas em desacordo com as preestabelecidas.
- A fiscalização da administração do **HERSO** terá livre acesso aos locais de trabalho da mão-de-obra da contratada, podendo entre outras ações:
- Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de colaboradores da contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embaraçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;
- Executar mensalmente a medição dos serviços pela área mensal contratual, descontando-se do valor devido, o equivalente à indisponibilidade dos serviços contratados e por motivos imputáveis à contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato.

a.4) Proibições:

- Introduzir pessoas estranhas ao serviço;
- Venda de rifas e qualquer tipo de comércio;
- Comer no ambiente de trabalho (deverão ser usadas áreas destinadas para este fim);
- Receber dinheiro de clientes internos e externos pelo trabalho prestado;
- Retirar material e equipamentos das dependências do ambiente de trabalho;
- Entrar em áreas restritas sem acompanhamento do supervisor ou responsável pela área;
- Uso do telefone nos locais de trabalho. Em caso de necessidade, solicitar ao encarregado ou supervisão;
- Atender solicitações de ordem pessoal de clientes internos e externos e/ou setores (compras de cigarro, xerox, mensagens, etc.);
- Usar equipamentos que não sejam próprios ao trabalho;
- Assistir TV nas recepções dos locais de trabalho.

a.5) Normas Administrativas:

- A fiscalização da Contratante terá livre acesso aos locais de execução do serviço;
- A Contratante exercerá a fiscalização dos serviços contratados, de modo a assegurar o efetivo cumprimento da execução do escopo contratado, cabendo, também;
- Realizará supervisão das atividades desenvolvidas pela Contratada, efetivando avaliação periódica.

- O Quadro de pessoal do Serviço de Higienização e Conservação será constituído por agentes de limpeza, com regime de trabalho de 12 horas diárias, em plantões diurno e noturno;
- Os gastos com equipamentos de segurança necessários ao serviço, inclusive, uniformes, ocorrerá às expensas da contratada;
- A contratada deverá cumprir a programação dos serviços feita periodicamente pela contratante, com atendimento sempre cortês e de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos empregados e das pessoas em geral que se façam presentes.
- As ações dos agentes de limpeza devem se restringir aos limites das instalações da contratante e nas circunscritas à sua área de atuação estabelecida pela legislação específica;
- Os trabalhos deverão ser executados de forma a garantir os melhores resultados, cabendo à contratada otimizar a gestão de seus recursos, quer humanos quer materiais, com vistas à qualidade dos serviços à satisfação da contratante.
- A contratada responsabilizar-se-á integralmente pelos serviços contratados, cumprindo evidentemente, as disposições legais que interfiram em sua execução.

15.DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS E GESTÃO DO TRABALHO

Um avanço importante da estruturação da Política De Gestão Do Trabalho no Brasil foi a assimilação do conceito de Gestão do Trabalho em substituição ao de Recursos Humanos, que se objetiva pelo deslocamento da sua vinculação à ciência da administração sendo (re)significado a partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração, estando subordinado à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade de pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros, com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos de mercado de trabalho – emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento – e configura-se na gestão do trabalho e da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como 'ser social' e a sociedade.

Planejar recursos humanos significa incluir essa temática no planejamento dos órgãos federais, estaduais e municipais e trazer para os fóruns de decisão política do SUS questões estratégicas como o financiamento dirigido à contratação e manutenção da força de trabalho; a qualificação dos trabalhadores e os programas de proteção à sua saúde, dando também

atenção especial a um processo de modernização necessária aos sistemas que organizam essas questões, para tornar ágil e transparente as ações realizadas, e a comunicação com trabalhadores e demais órgãos dos sistemas federais, estaduais ou municipais que interagem com essas políticas.

O planejamento da força de trabalho é fundamental para definir o quantitativo, o perfil e a composição dos recursos humanos necessários para atingir os objetivos da organização, levando em consideração as alterações que vêm ocorrendo nos processos de trabalho e as restrições orçamentárias. As estratégias para captação e manutenção devem ser bem definidas, para possibilitar o alcance do perfil desejado, através da redução das disparidades entre as características do quadro de pessoal atual e o proposto, seja por meio de processos seletivos ou da capacitação dos atuais trabalhadores.

Com isso entendemos que uma atenção especial deve ser dada às mudanças dos modelos assistenciais e às incorporações tecnológicas que ocorrem no interior do sistema, antecipando-se com estudos e produções de relatórios gerenciais que facilitem a tomada de decisão com relação a esses processos.

15.1. Projeto de Desenvolvimento Humano com Pesquisa Periódica de Clima Organização e definição de uso das informações

Segundo o Ministério da Saúde, "a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere a transformação das práticas profissionais estando baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho" (BRASIL, 2004, p. 9).

Neste contexto INSV propõe processos que visem" O ***desenvolvimento pessoal e profissional de todos colaboradores, de forma continuada que ampliando os conhecimentos, as capacidades e suas habilidades, a fim de seu desempenho funcional no cumprimento das ações de atendimento aos usuários da unidade***".

Desta forma, o **INSV** buscará desenvolver as competências de seus colaboradores (conhecimentos, habilidades e atitudes) através de capacitações, visando a sua ascensão na carreira funcional e, também, o desenvolvimento da Instituição e para tanto a política de desenvolver pessoas estará pautada nos seguintes princípios e ações:

1. Haverá programas específicos voltados a garantir a devida cobertura da vida funcional do colaborador;

2. A capacitação dos colaboradores será adequada a necessidade institucional e deverá contemplar, além dos aspectos técnico e comportamentais, programas com estratégias voltadas a promover momentos de reflexão sobre o trabalho do dia a dia numa instituição hospitalar, voltados a ampliar a visão do colaborador, pautada nos valores éticos e humanos, como um sistema aberto que interage no meio ambiente em que atua;

3. As ações de capacitação deverão ser estruturadas no sentido de permitir ao colaborador ascender em sua carreira funcional, oportunizando ao mesmo tempo o aperfeiçoamento nas suas atividades diárias com uma melhor aplicação de seus conhecimentos e habilidades;

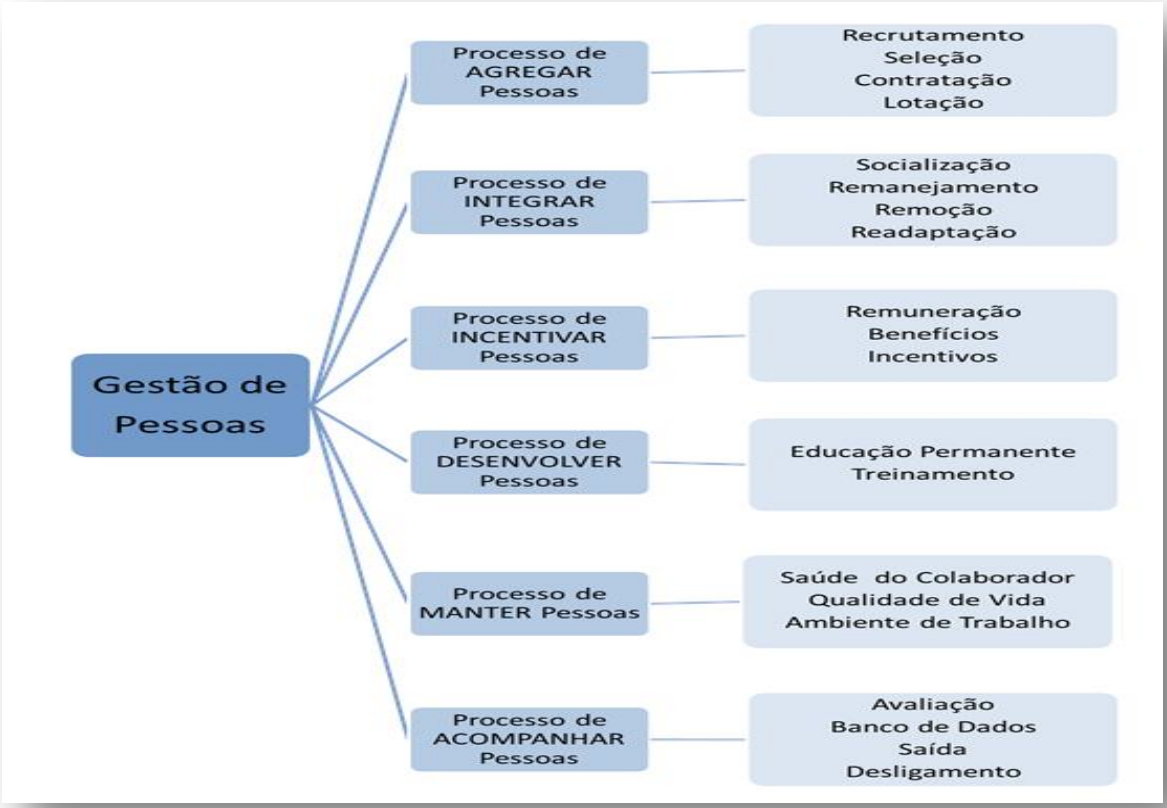
4. Será implantado um Programa de Capacitação visando a capacitação técnica dos colaboradores para o exercício dos cargos de chefias, além de promover uma reflexão do perfil gerencial desejável inserido no sistema de serviços de saúde;

5. Serão realizados levantamentos periódicos das necessidades para a atualização do plano de capacitação visando estimular crescimento e o desenvolvimento do colaborador e, a partir das necessidades identificadas, deverá ser operacionalizado diferentes cursos voltados às áreas técnico-operacionais e administrativas, prevendo a devida reciclagem anual,

6. Serão criados espaços de promoção e divulgação do potencial artístico e cultural dos colaboradores, incluindo a criação de um banco de talentos;

7. Haverá incentivos, como a distribuição de brindes, viabilizando a participação dos colaboradores em cursos e eventos de curta duração de interesse da sua área de atuação, dentre outros.

Figura 14.6.2-1 - Gestão de Pessoas



Visando a criação de condições ambientais psicológicas satisfatórias para as atividades dos colaboradores no desempenhar de suas atividades, o **INSV** propõe processos que visam a manutenção das pessoas em seu quadro laboral, incluindo-se aqui especialmente os servidores públicos atualmente lotados no **HERSO** Tais processos se baseiam na administração da cultura organizacional, clima, disciplina, higiene, segurança e qualidade de vida e manutenção de relações interpessoais.

Após o indivíduo ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a trabalhar na organização, por uma série de motivos – entre os quais os custos mencionados anteriormente – passa a ser recomendado mantê-lo dentro dela. O conceito de manutenção na gestão de pessoas valoriza o contrato psicológico, que começa a assumir a forma de um contrato mais objetivo, mediado por relações de trabalho (MALIK,1998).

No processo de manter pessoas busca-se a valorização pessoal e profissional, sempre adequada aos fins institucionais, tendo como princípios e ações:

1. A representação dos trabalhadores terá importante papel na manutenção do planejamento estratégico, visando dar voz aos atores institucionais;

2. A instituição deverá garantir condições adequadas de trabalho, incluindo as normas de biossegurança, na forma da legislação vigente;
3. A instituição deverá garantir o desenvolvimento de ações de vigilância voltadas à prevenção de riscos dos possíveis agravos à saúde resultantes do exercício profissional e promoção da saúde;
4. Haverá um canal de comunicação e serão realizadas pesquisas para conhecer o nível de satisfação dos colaboradores em seus locais de trabalho, visando o melhoramento contínuo das condições laborais e atendimento à população;
5. Serão aplicados os programas de controle da saúde dos colaboradores, incluindo exames periódicos e a criação de parcerias para desenvolvimento de estratégias sócio recreativas voltadas à interação entre os colaboradores.

Processo de melhoria do clima organizacional:

A Gestão de Recursos Humanos proposta demanda de vida e manutenção de relações interpessoais pelo acompanhamento constante do colaborador pois, conforme referenciado acima, após este ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a atuar nas suas funções, passa a ser recomendado mantê-lo dentro do quadro de colaboradores, salvo os casos em que a execução das suas atividades não mais representam ganhos para o atendimento à população, motivos pelos quais há a necessidade do acompanhamento de pessoas. Os processos utilizados para acompanhar e controlar as atividades das pessoas e verificar resultados incluem avaliação, banco de dados e sistemas de informações gerenciais voltados à gestão de pessoas.

> "As abordagens participativas ou centradas nos usuários têm como objetivo engajar os atores no processo de avaliação visando à sua capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação" (FURTADO, 2001, p. 169).

Entende-se, portanto, que a avaliação significa emitir um juízo de valor, sendo importante lembrar que mesmo que se instituam métodos quantitativos, objetivos, os resultados sempre serão julgados a partir de méritos e valores impossíveis de serem objetivados. O processo de avaliação constitui-se numa ferramenta que auxilia o trabalhador a clarear para si e para a organização, quais competências possui, que deverá buscar desenvolver ou incrementar, sendo que as competências individuais devem estar alinhadas às competências essenciais da própria organização.

Neste contexto, a avaliação dos colaboradores deverá seguir critérios pré-estabelecidos que contemplem o desenvolvimento das competências técnicas, éticas, relacionais e políticos, tendo por finalidade de instrumentalizar as chefias no que concerne ao acompanhamento do colaborador, bem como indicativos para educação permanente e poderá servir também em processos internos de seleção.

Uso das informações geradas:

Já o sistema de informações gerenciais é compreendido de um sistema informatizado que possibilita acompanhar a vida funcional do colaborador, contendo todo seu histórico, avaliações, advertências, experiências e capacitações, faltas e demais informações que poderão ser consultadas, a qualquer momento, oportunizando a melhor gestão e avaliação da atuação do mesmo. Para possibilitar o processo de acompanhar pessoas, foram definidos os seguintes princípios e ações:

- O processo de avaliação deverá incluir indicadores com base nas metas estabelecidas pelos gestores, com conhecimento dos colaboradores;
- A avaliação deve ser um processo contínuo e permanente de reflexão-ação, democrático, ético, participativo, inclusivo, periódico e sistemático, contemplando aspectos relacionados às especificidades do cargo que ocupa, dando uma conotação de individualidade; contemplando suas diversas dimensões (técnica, ética, relacional, política);
- O processo de avaliação objetiva, também, a efetivação de mudanças e de motivação das pessoas, valorizando o potencial das equipes na busca da excelência do serviço e da instituição.

Serão realizados processos de avaliação dos serviços semestralmente, sob a responsabilidade de cada diretoria setorial, contemplando o desenvolvimento das competências técnicas, éticas, relacionais.

Implementos de melhorias para desenvolvimento humano dos colaboradores diretos e indiretos na gestão do **HERSO**, o INSV propõe a criação do setor de educação permanente (Nucleo de Educação Permanente-NEPE) que será responsável por ofertar, permanentemente, cursos de qualificação para oportunizar melhorias e nivelamentos de colaboradores na assistência direta e indireta aos usuários SUS atendidos na unidade **HERSO**.

Das atividades de educação permanente em Saúde a serem desenvolvidas pelo RH

A educação em saúde, além de contribuir para o desenvolvimento das pessoas, assegura a qualidade do atendimento ao usuário e a sobrevivência da instituição hospitalar neste cenário de mudanças vertiginosas e demandas qualitativas dos usuários.

A educação para profissionais de saúde vem evoluindo ao longo do tempo, se modificando e acrescida de informações de várias fontes: técnicas, científicas e mesmo políticas.

A educação em saúde tem diversos sinônimos e que, em alguns casos, geram concepções diferentes tais como educação em serviço, educação continuada e educação permanente.

A necessidade de se organizar processos educativos para os profissionais de saúde sempre esteve presente no contexto dos serviços de saúde pública, dada a necessidade de se adequar esses profissionais para atuarem nos serviços de saúde, em virtude das especificidades destes serviços.

Com a regulamentação do SUS, através da Lei 8080/90, tornou-se premente a organização de processos educativos para se implantar e implementar o SUS, com vistas ao modelo assistencial preconizado e também para atender ao Artigo 200 que regulamenta "que é função dos municípios ordenar e formar os recursos humanos" para que possam atuar no SUS. Passa-se, então, aos Municípios uma grande responsabilidade, como também a preocupação encontrarem parceiros para essa tarefa, que é a de capacitar seus profissionais de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS para atuarem no modelo assistencial de saúde proposto.

O desenvolvimento de processos educativos para os profissionais que atuam nos serviços de saúde constituiu-se numa estratégia para a implementação do SUS e para orientar a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

Os serviços de atenção à saúde desenvolvem processos educativos para aprimorar o trabalho assistencial à saúde através da preparação dos seus agentes, no sentido de dar respostas às necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação de saúde.

A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, conforme sugere o histórico das Conferências Nacionais de Saúde, como forma de ajustamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente nas décadas de 60 e 70. Nesse período ainda existiam os currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico. A educação em serviço é um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o colaborador a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição. É considerada como a capacitação da pessoa para um trabalho específico,

portanto, como um tipo de educação cujo desenvolvimento processa-se no ambiente de trabalho e voltada para uma instituição em particular.

Esse tipo de educação em serviço ainda é muito utilizado na capacitação dos profissionais de saúde, porque tem como finalidade principal os interesses da instituição, deixando em segundo plano o interesse dos profissionais. Dessa forma, são mais usados os treinamentos, pois estão mais centrados nas técnicas (habilidades), do que nos conhecimentos teóricos a serem adquiridos. A educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho.

Por sua vez, a educação continuada surgiu como uma das estratégias para a capacitação de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços. É entendida como conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do colaborador, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional.

Educação continuada é um processo de contínuo desenvolvimento, que acontece durante toda a vida do indivíduo que tem disposição para a aquisição de conhecimentos para que ele se desenvolva pessoal e profissionalmente, possibilitando um ajuste constante às mudanças do mundo globalizado. Os serviços de educação continuada nas instituições de saúde devem orientar o direcionamento das atividades educativas, sendo voltados para a realidade institucional e necessidades do pessoal, proporcionando o desenvolvimento profissional e influenciando na qualidade da assistência da saúde.

A utilização da educação continuada como ferramenta no processo educativo dinâmico e contínuo, seja no modo individual ou coletivo, busca a qualificação, exercício da cidadania e capacitação dos profissionais da saúde a fim de prestar uma melhor assistência ao paciente.

Através da participação na implementação de atividades que requeiram mudanças nas rotinas, os profissionais são estimulados à aquisição de novos conhecimentos, por meio da educação continuada, como estratégia de aprimoramento constante.

A educação continuada é vista como um benefício destinado ao próprio indivíduo que participa do processo educativo e esse benefício retorna para a instituição na qual trabalha. Esse retorno repercute na instituição sob a forma de satisfação, motivação, conhecimento, maior produtividade e otimização dos serviços. Portanto, diante desses conceitos, a educação continuada torna-se uma abordagem para complementar a formação dos profissionais, auxiliando-os a aproximarem-se da realidade social e oferecendo subsídios para que possam entender e atender as necessidades de saúde da população e contribuir para a organização dos serviços com as mudanças necessárias ao atendimento das demandas.

A educação é um dos caminhos para a efetivação dessas mudanças. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de articular a educação com o mundo do trabalho de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, instituiu, através da Portaria nº 198/MS, de 13/02/2004, a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS. Essa proposta de educação investe na promoção de mudanças nos processos formativos, nas práticas pedagógicas de saúde e gerenciais, propiciando uma integração entre os diversos segmentos dos serviços de saúde.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) deve contribuir para a transformação do processo de trabalho, visando à melhoria da qualidade dos serviços, a equidade no cuidado e o acesso ao serviço de saúde, uma abordagem que destaca a força das relações no trabalho em saúde, a partir da interação, implicação e compromisso com a produção de si e do mundo.

Como se deseja alcançar uma atuação criadora e transformadora dos profissionais nos serviços de saúde é necessário que se busque a educação permanente dos seus profissionais, porque o seu processo é compartilhado coletivamente entre trabalhadores de saúde e usuários do sistema para a busca de soluções dos problemas reais.

É fundamental, atualmente, que qualquer instituição de saúde tenha um projeto de educação permanente para os seus colaboradores. É necessário lembrar que esses projetos não sobrevivem sem articulação com as instituições formadoras de recursos humanos.

Existe a necessidade de se promover a verdadeira integração ensino – serviço, pois se reconhece que uma das formas de se aprender é aprender fazendo. Portanto, é um caminho de mão dupla. As escolas articuladas com os serviços podem formar um profissional adequado e capacitado para atuar de acordo com a política de saúde vigente no país, e o serviço se capacita com a presença das escolas no serviço.

Assim, a educação permanente deve ter como objetivo aproximar os profissionais de saúde à realidade e às necessidades coletivas de saúde.

As organizações precisam de profissionais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos. Necessitam não somente de uma seleção de RH adequada, mas também de propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnica e científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o

desenvolvimento englobam aspectos de produção, de subjetividade e de habilidades técnicas.

Há diversas maneiras de conceituar educação continuada, educação permanente e em serviço, mas todas têm propósitos definidos que culminam, com o de atendimento das metas da instituição, desenvolvimento profissional e pessoal, acréscimo de conhecimentos, aprimoramento de habilidades e promoção de mudanças de atitudes.

Dessa forma o processo de educação se faz necessário para atualizar conhecimentos e estimular mudanças positivas. Compõem-se por diferentes ações como, cursos, congressos, seminários, orientações, técnicas e estudos individuais.

Os colaboradores recém admitidos devem receber informações quanto à filosofia, a política e a estrutura do hospital, os direitos e deveres e a planta física. Os mesmos devem ser ministrados na fase de adaptação do colaborador, quando ele identifica as rotinas, as normas e os procedimentos de determinada instituição facilitando assim a sua integração.

O objetivo é desenvolver um programa de educação para as equipes de Saúde do hospital tendo como objetivos: disseminar e promover a adoção de práticas inovadoras entre as equipes de saúde, capacitar os membros das equipes de Saúde para lidar com problemas sociais e psicológicos dos pacientes, qualificar os profissionais do hospital, fomentar a utilização de ações que busquem a humanização do atendimento em saúde fortalecendo as relações entre os trabalhadores de saúde e destes com o doente e seus acompanhantes, desenvolver metodologias eficientes de aprendizagem, disseminar e estimular o conhecimento como uma vantagem competitiva da organização, avaliar os benefícios da educação continuada para os colaboradores, estimular o interesse dos colaboradores em participar dos programas oferecidos pela organização e identificar e avaliar as mudanças, nos colaboradores, após a implantação do programa.

A utilização de indicadores tem a finalidade de monitorar a eficiência e eficácia dos programas de capacitação, e é importante para indicar os ajustes de rota etc.

Exemplo:

- Nº de profissionais/categoria capacitados;
- Nº de profissionais que utilizam os protocolos assistenciais;

As práticas em saúde serão o eixo integrador do processo educativo. Serão desenvolvidas as seguintes atividades: reuniões de equipe, sessões técnicas- científicas, organização de conselhos ou comissões técnicas (com representantes das diversas categorias de trabalhadores de saúde do hospital) e outras ações concretas no ambiente de trabalho

(levantamento, pesquisas em cooperação etc.) representam iniciativas para instrumentalizar o trabalho como eixo educativo, privilegiando o enfrentamento e a solução de problemas. Estas ações deverão ser complementadas com outras modalidades de trabalho educativo, orientação de estudos, autoinstruções, modelos de educação à distância (uma vertente com enorme potencial de ampliar e acelerar a educação em todos os níveis) etc.

Utilizar instrumento adequado para realizar pesquisa visando calcular o percentual de resolubilidade em cada nível de atenção;

Análise do quantitativo de profissionais capacitados, através de relatórios dos cursos, das listas de frequência ou banco de dados.

Deverá ser criado um "**Núcleo de Educação Permanente"** que trabalhará articulado com o RH e demais coordenações do hospital, cabendo a este núcleo o planejamento e a implantação de programas de treinamentos e desenvolvimento de pessoal, estimulando os colaboradores ao constante aprendizado e crescimento profissional.

De acordo com as necessidades específicas de implantação de rotinas, atualização de procedimentos, manuseio de aparelhos e materiais, implantação de novos equipamentos e materiais médicos hospitalares, temas sugeridos e dados evidenciados pela avaliação de desempenho dos profissionais. Abaixo segue tabela com alguns dos treinamentos programados para o serviço de educação continuada. Que serão realizadas mensalmente.

Noções básicas de controle de infecções em serviços de saúde

Conteúdo programático:

- História do Controle das Infecções Hospitalares
- Legislação Vigente
- Programa de Controle de Infecção Hospitalar
- Principais Agentes das Infecções Hospitalares
- Cadeia Epidemiológica de Transmissão das Infecções Hospitalares
- Tipos de Isolamentos e Precauções
- Principais Infecções Hospitalares
- Medidas de Prevenção das Principais Infecções Hospitalares
- Emergência de Microrganismos Resistentes a Antimicrobianos Comumente Utilizados
- Programa de Uso Racional de Antimicrobianos
- Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares
- Critérios NNISS de Diagnóstico das Infecções Hospitalares
- Sistema Nacional de Notificação das Infecções Hospitalares - SINAIS

- Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Artigos
- Limpeza, Desinfecção de Ambientes e Superfícies
- Investigação de Surto.

Noções básicas em saúde coletiva

Conteúdo programático:

- Aspectos históricos da promoção da saúde
- Vigilância da saúde e Vigilância epidemiológica
- Vigilância de doenças transmissíveis
- Prevenção e controle de Hanseníase e Tuberculose
- Programas de Atenção Básica e Imunização
- Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS
- Doenças Crônicas
- Saúde da mulher, criança e adolescente
- Saúde do Idoso e Saúde Bucal

Noções básicas de administração

Conteúdo programático:

- O relacionamento interpessoal
- Financeiro / Cobrança / Custos
- Conhecimentos técnicos
- Atitudes Corretas no Trabalho
- Preâmbulo
- Dos deveres e Proibições
- Direitos
- Honorários Profissionais
- Dos Deveres Especiais em Relação aos Colegas
- dos deveres especiais em relação à classe
- infrações disciplinares
- das disposições finais
- Abordagem da localização da Gestão de Pessoas na estrutura organizacional da instituição
- Conceitos de Gestão de Pessoas
- Agregando Pessoas
- Aplicando Pessoas

- Contratação do Trabalhador
- Folha de Pagamento
- Remuneração e Cálculos Trabalhistas
- Rescisão de Contrato de Trabalho

Auxiliar de almoxarifado

Conteúdo programático

- Estoque e Transporte de Materiais
- Noções básicas de almoxarifado, estoque, transporte de materiais
- Manual de Organização de Almoxarifados
- Descentralização do Almoxarifado e Utilização do Sistema Kanban
- Controle de Almoxarifado
- Funções do Auxiliar de Almoxarifado
- Noções de Estoque e Logística
- Competências Exigidas no Mercado
- Estratégias e Gestão de logística

Noções básicas em vigilância epidemiológica

Conteúdo programático

- Bases Históricas
- Bases Conceituais
- Investigação Epidemiológica de Casos e Epidemias
- Doenças
- Acidentes por Animais Peçonhentos
- Ecossistema
- Conceito de Vigilância Epidemiológica
- História da Vigilância Epidemiológica
- Epidemiologia
- Mensuração das Doenças
- Incidência e Prevalência
- Coeficiente de Ataque
- Coeficiente de Mortalidade
- Elementos de Vigilância
- Mecanismos para Obtenção de Dados

- Controle de uma Epidemia
- Medidas de Tendência Central.

Portaria e controle de acesso

Conteúdo programático

- Controle de Acesso
- Segurança e Proteção Preventiva em Portaria
- Atendimento
- Porteiro Residente
- Sistemas de Comunicação
- Relacionamento Interpessoal
- Noções de Direito Penal
- Prevenção/ Combate a incêndios

Básico em atendimento e recepcionista hospitalar

Conteúdo programático

- Ética em Serviços de Saúde
- Qualidade em Serviços de Saúde
- Sigilo Profissional
- Terminologias em Serviços de Saúde
- O uso da Tabela AMB e CID – Classificação Internacional de Doenças
- Recepções Hospitalares
- Relações Humanas na vida e no trabalho
- Administração de Conflitos
- Humanização na Saúde
- A Cortesia no Atendimento
- O Trabalho em Equipe
- Linguagem Corporal
- Etiqueta Profissional

Noções básicas de ética para profissionais de radiologia

Conteúdo programático

- Ética e Moral

- A Ética no Cotidiano
- Atendimento Ético a Pacientes
- Código de Ética dos Profissionais das Técnicas Radiológicas
- Ética em Saúde

Segurança e gerenciamento de crises

Conteúdo programático

- Crise e Gerenciamento: Conceitos Fundamentais
- Características da Segurança e Gerenciamento de Crises
- Doutrinas do Gerenciamento
- Critérios de Ação
- Classificação dos Graus de Risco
- Níveis de Resposta
- Cuidados Necessários
- Noções sobre Crises em Geral
- Como Agir e Gerenciar uma Crise
- Noções Sobre Segurança Pública

Básico de recepcionista

Conteúdo programático

- Introdução
- Perfil Ideal da Recepcionista
- Marketing Pessoal
- Etiqueta Social
- Ética Profissional
- Comunicação
- Relacionamento Intrapessoal e Interpessoal
- Atendimento ao Cliente
- Qualidade de Atendimento ao Público
- Atendimento Telefônico

Gestão e fiscalização de contratos

Conteúdo programático

- Recomendação de Sindicância
- Recomendação de rescisão de contrato
- Modelo de Comunicação com o preposto
- Modelo de Comunicação com setores da Administração
- Modelo de Comunicação com terceiros
- Modelos de Registros
- Visita às instalações da instituição
- Serviço irregular
- Providências da instituição
- Solicitação de material
- Gestão e Fiscalização de contratos públicos
- Qualidade na Licitação
- Controle do recebimento do objeto

Princípios básicos de biossegurança

Conteúdo programático

- Recomendações Gerais
- Apoio à Biossegurança
- Objetivos do Documento
- Descrição das Responsabilidades
- Vestimenta e Equipamentos
- Vestimenta Obrigatória para os Funcionários da Área Técnica
- Equipamentos de Proteção Individual
- Equipamentos de Proteção Coletiva

Noções básicas de limpeza hospitalar

Conteúdo programático

- Introdução: Limpeza Hospitalar
- Tipos de limpeza na área hospitalar
- Processos e procedimentos de limpeza
- Equipamentos e ferramenta de limpeza
- Máquinas
- Produtos
- Biossegurança

- Higienização das mãos
- Higiene pessoal
- Aparência
- Desenvolver uma boa limpeza
- Segurança.

Noções básicas de hemoterapia para enfermagem

Conteúdo programático

- Estudo do Sangue e suas Características
- Hematologia básica
- Assistência de Enfermagem
- Metodologia da assistência de Enfermagem e Gestão
- Fundamentos em Hematologia
- Fundamentos para o cuidar em Hematologia
- Assistência de Enfermagem ao paciente e em quimioterapia
- Princípios e Práticas em Hemoterapia
- Contextualizando a hemoterapia
- Doação de sangue
- Hemocomponentes
- Terapia transfusional
- Procedimentos especiais em hemoterapia.

Noções básicas de auxiliar de laboratório

Conteúdo programático

- Espectrofotometria
- Colorimetria
- Trasmitância
- Regras Básicas de Segurança
- Permanência no laboratório
- Manuseamento de produtos químicos
- Procedimentos em caso de acidente
- Classes de Fogos e Agentes Extintores
- Histórico da cultura de células
- Tipos de culturas

- Células primárias, células estabelecidas e células transformadas

Noções básicas em auxiliar de hemodinâmica na radiologia

Conteúdo programático

- O Papel da Hemodinâmica na Radiologia
- História da Hemodinâmica
- Avaliação Hemodinâmica Macro e Micro-circulatória no Choque Séptico
- Radiologia Intervencionista - Desobstrução das Artérias
- Cateterismo Cardíaco
- Termos Comumente Utilizados na Hemodinâmica
- Reutilização de Produtos Médicos-hospitalares

Gestão de qualidade

Conteúdo programático

- Mudança de Paradigmas no Século XXI
- Controle e Prevenção de Desvios de Qualidade
- Ciclo PDCA
- Ferramentas de Gestão de Qualidade
- Técnicas para Identificação de Pontos Fracos
- Projeção Futura de Negócios
- Ações para Aumentar a Competitividade
- Melhoria da Qualidade de Produtos e Serviços
- Sustentabilidade dos pequenos empreendimentos.

Gestão de recursos humanos

Conteúdo programático

- Estratégias Organizacionais e Competências Humanas
- Mapeamento de talentos
- Recrutamento e seleção
- Admissão do empregado
- Jornada de trabalho e Férias
- Encargos e Previdência Social
- Ética

- Mercado de trabalho e competências
- Ferramentas de recursos humanos

Procedimentos iniciais de biossegurança no combate ao COVID 19

Conteúdo programático

- Novo Coronavírus - Covid-19
- Registro e Coleta dos exames
- Equipamentos de Proteção Individual no contexto da COVID 19
- Precauções padrão
- Precauções baseadas no mecanismo de transmissão da COVID-19
- Materiais necessários para a limpeza e desinfecção de superfícies
- Modos de preparar o corpo em casos suspeitos ou confirmação de COVID-19

Noções básicas de auriculoterapia

Conteúdo programático

- Metodologia e embriologia da orelha (morfologia, anatomia e embriologia da orelha)
- Fisiologia da aplicação do método (zonas específicas, potenciais de membrana, mecanismo de ação)
- Materiais e técnicas utilizadas (agulha, apongue, semente, esferas de ouro, feras de prata, esferas de metal, esferas de cristal, magneto, moxa ricula
- Métodos diagnósticos da orelha (exame da superfície auricular)
- Tipologia e constitucional chinesa (órgão choque, eixo energético)
- Principais patologias e protocolos de tratamento (ansiedade, artrites, asma, bursites, cefaléia, ciatalgia, bronquites, dismenorréia, obstipação inte
- Estudo dos pontos auriculares (localização anatômica na orelha).

Noções básicas de coleta de sangue e hemoterapia

Conteúdo programático

- Processo de Coleta de Sangue
- Técnicas de Coleta
- Materiais Utilizados
- Higienização em Postos de Coleta
- Hemoterapia e Coleta de Sangue
- Tipos Sanguíneos

- Captação e Triagem de Doadores de Sangue
- Coleta de Sangue e Coletas Especiais
- Processamento, Transporte e Estocagem
- Produtos Criopreservados
- Biologia Molecular e Transfusão.

Noções básicas de descarte de resíduos em farmácia hospitalar

Conteúdo programático

- Descarte de medicamentos
- Riscos à Saúde: exposição de crianças, adultos e população Vulnerável
- Agressão ao meio Ambiente – contaminação da água, do solo e de animais
- Política Nacional de Resíduos Sólidos – Lei 12305 de 2/8/2010/10
- Resíduos advindos de área de isolamento
- Resíduos alimentares de área de isolamento
- Resíduos de laboratório de Análise Clínicas
- Resíduos de laboratórios de atendimento ambiental.
- Resíduos de sanitários de unidade de internação
- Descarte correto de Medicamentos vencidos
- Descarte de Medicamentos em Estado Sólido.

Recomendações básicas sobre atendimento hospitalar em tempos de COVID 19

Conteúdo programático

- Equipamentos de Proteção Individual no contexto da COVID 19
- Precauções padrão
- Precauções baseadas no mecanismo de transmissão da COVID-19
- Materiais necessários para a limpeza e desinfecção de superfícies
- Modos de preparar o corpo em casos suspeitos ou confirmação de COVID-19
- Origem e História
- Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem

Noções básicas de fitoterapia

Conteúdo programático

- Introdução a Fitoterapia

- Conceitos e definições em Fitoterapia
- Biodiversidade e fitoterápicos
- Obtenção de matéria-prima para fitoterápicos
- Cultivo de plantas medicinais
- Colheita de plantas
- Desinfecção das plantas selecionadas
- Metabolismo vegetal

Noções básicas de cuidados a feridas

Conteúdo programático

- Procedimentos Básicos em Enfermagem
- Anatomia e Fisiologia da Pele
- Processo de Reparação Tissular
- Manual de Curativos
- Tratamento e Cicatrização de Ferimentos
- Fase Inflamatória
- Estado Imunológico
- Classificação das Feridas
- Fisiologia da Cicatrização
- Princípios Básicos para Realização de Curativos
- Fases do Processo de Cicatrização
- Fatores que Afetam a Cicatrização
- Técnica de Curativo

Noções básicas em naturopatia/terapia holístico

Conteúdo programático

- Anamnese e Ética Terapêutica
- Introdução ao Paradígma Holístico
- Introdução às Terapias Naturais e Holísticas
- Energia, Aura e Chakras
- Anatomia e Fisiologia Corporal
- Terapias Naturais
- Terapias Corporais
- Terapias Vibracionais

- Psicoterapia Holística
- Terapias Orientais

Noções básicas de terapias florais de bach

Conteúdo programático

- Terapia Floral de Bach
- Terapia Floral de Bach, em sua origem e fundamentos
- O Método da Terapia Floral
- Essências florais
- Aplicação prática
- A terapêutica floral e sua abrangência
- Florais para o medo, insegurança e solidão
- A terapia floral como medicina alternativa

Noções básicas em cromoterapia

Conteúdo programático

- Cromoterapia: uma reflexão sobre alguns aspectos
- As duas teorias: atração e aversão. O equilíbrio energético pela cor
- O funcionamento das cores.
- As duas teorias: atração e aversão
- A cores e a alma
- O sistema nervoso

Todos os Treinamentos e capacitações serão avaliados pelos participantes e a performance e desempenho dos profissionais após realização dos treinamentos e capacitações serão realizadas através de:

- Avaliação escrita: aplicada logo após a realização do curso ou capacitação
- Avaliação de Eficácia e resultados: aplicada após 90 dias do término do treinamento, pelo superior, não podendo ultrapassar 15 dias e preenchido pelo responsável pela área solicitante. A eficácia dos treinamentos (média baixo de 5) o serviço deverá notificar a área solicitante do treinamento avaliado, sobre a ação corretiva a ser tomada a fazer o registro.

- Avaliação de Comportamento no Trabalho: Visa identificar mudanças de comportamento que geram desempenho no trabalho, mostra o impacto dos programas de treinamento em relação à aderência ao que foi ensinado, se está sendo aplicado na prática do serviço desenvolvido. Esse método de avaliação identifica através da busca em prontuários e auditoria.

15.2. Apresentação de Plano de Cargos e Salários

Objetivo

Estabelecer diretrizes e definir responsabilidades relacionadas ao plano de cargos e salário do INSV.

Aplicação*:*

- Elaboração e revisão: Recursos Humanos
- Execução: Aplica-se a sede e unidades operacionais do INSV.

Responsabilidade do RH:

- Elaborar o Organograma do INSV de acordo com os Cargos aprovados na estrutura do instituto, para aprovação do Diretor Geral do INSV;
- Elaborar com o Diretor Geral do contrato o organograma da unidade, de acordo com os cargos definidos pela Diretoria de Contratos para a unidade;
- Apoiar os Gestores das áreas/unid ades no processo de descrição de cargo;
- Solicitar aos Gestores das áreas/unidades que elaborem ou revisem a descrição de cargo, inclusive durante os processos seletivos ou movimentações;
- Realizar a pesquisa salarial com o suporte de uma consultoria anualmente para a instituição;
- Buscar aprovação da pesquisa salarial realizada pela área de Recursos Humanos, com o Diretor Geral e Diretor dos contratos;
- Realizar contratações e movimentações de acordo a tabela salarial, exceto se for aprovado pelo Diretor Geral atraves do FP.GRH.005
- Formulário de Exceção R&S;
- Elaborar as regras do plano de cargos e salários;

Responsabilidade do Diretor Geral do INSV:

- Aprovar o organograma do INSV;
- Aprovar o organograma das Unidades com a Diretoria de Contratos;
- Aprovar a política de remuneração do INSV, referente as unidades, a aprovação deverá ser feita com o Diretor Geral de Contratos;
- Aprovar as regras do plano de cargos e salários do INSV;

Responsabilidade do Diretor de Contratos:

- Definir os cargos que farão parte da proposta para cada contrato;
- Aprovar o Organograma do Contratos com o Diretor Geral do INSV;
- Aprovar a política de remuneração dos contratos com o Diretor Geral do INSV
- Somente realizar a contratação ou promoção com o formulário FP.GRH.001 Descrição de Cargo em a nexo, exceto para os contratos que estão em período de implantação;
- Os formulários de movimentação, referentes a promoçâ o ou aumento de sa!á rio, assim como, o formulário de exceção, deverão ser arquivados na pasta do colaborador.
- Realizar a pesquisa salarial olhando as convenções e legislação por categoria, de acordo aos benefícios e gratificações normativas;
- Garantir que as contratações e promoções só serão efetuadas pela sua área cumprindo normas e regras deste procedi mento, verificando com o RH e seguindo com as documentações necessárias.

Responsabilidade do Diretor/Gestor da área:

- Realizar ou revisar a descrição de todos os cargos sob sua gestão, com o direcionamento do RH;
- Solicitar promoção ou aumento de salário ao RH para sua equipe;
- Cumprir normas definidas neste procedimento.

Responsabilidade do Diretor Geral da Unidade:

- Elaborar com o RH o Organograma do contrato, baseado nos cargos aprovados
- na proposta encaminhada pela Diretoria de Contratos;
- Validar com o Diretor de Contratos a tabela salarial da unidade;
- Cumprir a pol ítica de cargo e salário do INSV, alinhando com a Gerência de RH
- que busca manter as orientações do procedimento.

Definições

Não se aplica.

Procedimento

O plano de cargos e salários do INSV é composto pelas seguintes etapas: Estrutura Organizacional, Estrutura e Descrição dos Cargos, Composição da Tabela Salarial, Política de Remuneração.

Estrutura Organizacional

- A estrutura organizacional no INSV é definida no Organograma. A organização possui o seu Organograma Geral da instituição. Ademais cada contrato possui o seu organograma referente a unidade.
- Nestes organogramas são definidos a hierarquia e quais cargos são necessários para demanda do negócio.
- Somente a Diretoria Geral do INSV pode validar o Organograma Geral da instituição, e, quanto aos organogramas das Unidades, esta aprovação será feita pela Diretoria de Contratos e Diretoria Geral do INSV.

Estrutura e Descrição de Cargos e Salários

- Após a definição dos cargos no organograma, o INSV inicia a elaboração das descrições informando quais as funções compõem cada cargo.
- O gestor da área é responsável por elaborar e revisar a descrição com o suporte do RH.
- Do procedimento de recrutamento e seleção:
    - Para novos contratos, durante o processo de implantação, será considerado os requisitos divulgados no edital ou no processo simplificado da unidade.
    - Após o período de implantação, o RH irá orientar os gestores na elaboração das descrições de cargo e, após um mês não poderá seguir com requisição de pessoal sem a descrição do cargo.

Composição da Tabela Salarial:

- A tabela salarial funciona como base para as práticas de salários na organização. Anualmente o INSV realiza uma pesquisa salarial com base no mercado, trazendo um olhar do mesmo segmento e região.
- Esta pesquisa é realizada por uma consultoria de acordo aos cargos existentes no momento. Após esta pesquisa, é definido uma faixa salarial por cargo, a qual orienta a gestão do plano de cargo e salários do instituto.
- Esta tabela é utilizada pelo RH e gestores para reconhecimentos financeiros de forma horizontal, respeitando a faixa, bem como para a concessão das promoções.
- A tabela salarial dos contratos é elaborada após pesquisa salarial à luz das convenções coletivas de cada categoria profissional, bem como na legislação municipal e/ou estadual. Após esta pesquisa, o INSV define o pacote de remuneração da unidade.
- A tabela salarial da unidade, não possui uma faixa com valores mínimos e máximos por cargo, considerando que os contratos possuem valores para gerir a unidade acordado no processo de licitação.
- Caso haja a necessidade de reconhecimento de forma horizontal ou a criação de novos a cargos, o INSV busca suplemento da verba com a secretaria contratante.
- O INSV proporciona recrutamento interno pa ra os colaboradores que possuem os requisitos do cargo, proporcionando o crescimento profissional de sua equipe e ao mesmo tempo abre uma vaga externa, com vistas a preencher a posição deixada pelo profissional que foi promovido.
- A tabela salarial é aprovada pelo Diretor Geral do INSV. Nos contratos, a tabela salarial é aprovada pelo Diretoria de Contratos e Diretor Geral do INSV.

Política de Remuneração

A política de remuneração da organização é composta pelas seguintes regras:

- Promoções e aumento de salário só acontecerão 2 vezes ao a no após avaliação de desempenho, exceto se o colaborador participou de um processo seletivo interno;
- Promoções e aumento de salário só acontecerão se o colaborador possuir avaliaçã o de desempenho 80% e acima;
- Para as promoções com mudança de nível deverá ser respeitado a descrição de cargo;
- Promoções que gerem aumento de quadro só acontecerá com a aprovação do Diretor Geral do INSV;
- O percentual de reajuste salarial deverá variar até 30% com a aprovação do Diretor Geral, Gestor/Diretor da área e Gerente de RH;

- Após avaliação de desempenho o Diretor Geral do INSV, Gerente de RH e Gestor/Diretor da área, farão análise do desempenho de cada colaborador e a necessidade de promoção ou amento salarial na mesma função.
- Somente o Diretor Geral do INSV poderá aprovar a aplicação da exceção de qualquer regra acima, através do formulário de exceção.
- Para os contratos, que ocorra a necessidade aumento de salário na horizontal, somente ocorrerá após o INSV buscar suplemento da verba aprovada no processo de licitação.

15.3. Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.

O Setor de Recursos Humanos tem como atribuições a promoção de ações de incentivo ao crescimento do profissional, favorecendo para a melhoria do clima organizacional e consequentemente a retenção de talentos.

Será o responsável por programas idealizados pelo Núcleo da Qualidade, como também, pelo Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão.

Gerir pessoas é entender que nelas está a maior conectividade entre os desafios e as superações na organização hospitalar. Portanto, o conhecimento da missão do INSV, seus objetivos e estratégias, reconhecimento, a delegação de autoridade e a educação continuada contribuirão para fortalecer a equipe de profissionais que atuarão nos setores do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**).

A administração será centrada na busca da melhoria continuada privilegiando o trabalho em equipe, a confiança nas pessoas e em suas capacidades produtivas, a relação de parceria de corresponsabilidade, buscando sempre manter os seus colaboradores. O grande diferencial da Política de Recursos Humanos do INSV, estará centrado na qualidade pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos.

O modelo de gestão estará focado na busca pela qualidade, na compreensão e aplicação de informações, na formação e manutenção de grupos de planejamento e gerenciamento das ações envolvendo o pessoal da linha operacional nas discussões para formulação e avaliação dos planos, tendo como objetivo uma contínua melhora da qualidade no setor.

A unidade terá uma dinâmica no cotidiano, que operará em ritmo intenso de atividade, sustentada pelo trabalho no seu cotidiano. O trabalho não será uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional. Ganhará dimensão ativa na realidade a partir da ação dos

sujeitos e se estruturará não como ato congelado no espaço-tempo desta instituição hospitalar, mas sim como processo, que será dinâmico em torno da produção do cuidado.

Características da nossa Filosofia de RH

- Gestão de pessoas;
- Sucesso pelo esforço solidário;
- Capacitação de recursos humanos para a qualidade;
- Desenvolvimento de Liderança;
- Humanização da assistência à saúde;
- Participação no planejamento estratégico;
- Implementação de sistema para a garantia da qualidade com a reorganização do trabalho para envolvimento das pessoas sensibilizando-as para a mudança com a qualidade.

Pré requisitos para incorporação dos Recursos Humanos

Profissionais da Área de Saúde:

- Seleção curricular criteriosa, análise de experiências anteriores, além dos aspectos de inter-relação pessoal;
- Disponibilidade de tempo para prestação dos serviços, conforme necessidade da unidade;
- Certificado de antecedentes criminais.

Profissionais de Nível Superior que exercerão função de coordenação:

- Estabelecimento de alvos a serem atingidos, integrados aos objetivos da organização;
- Proposição e manutenção de uma estrutura organizacional, cujo funcionamento é harmônico e onde os papeis estão bem delimitados;
- Uso de recursos técnicos na gestão dos recursos humanos a eles subordinados;
- Uso eficaz de incentivos que mobilizem produtivamente a motivação do grupo;
- Delimitação clara do seu papel e de como ele é aceito no grupo;
- Acompanhamento e realimentação do processo decisório assegurando a realização dos planos.

Pessoal de nível médio administrativo:

- Exigências de domínio em informática: Digitação, Windows, Word, Excel, como mínimos;
- Conhecimentos gerais e específicos;
- Conhecimentos de cálculos matemáticos básicos;
- Experiência anterior na área de serviços de saúde;
- Boa redação e comunicação verbal e ralação interpessoal;
- Certificado de antecedentes criminais;
- Domínio do inglês para áreas específicas;
- Conhecimento em softwares e demais programas voltados a área gráfica e de diagramação e para áreas especificas.

Pessoal de serviços auxiliares:

- Experiência anterior na função;
- Nível fundamental, no mínimo;
- Certificado de antecedentes criminais;
- Referências de empregos anteriores;

Nota: Além dessas características, os candidatos serão submetidos também, a avaliações técnicas, psicológica e médica pré-admissional conforme a legislação vigente.

Política de Treinamento

O INSV entende que os colaboradores devem ser treinados não só para execução de tarefas, mas também para desenvolvimento da sua capacidade de criatividade e liderança como também desenvolver práticas que os conduzam a qualidade. Assim sendo os treinamentos serão voltados para alguns objetivos específicos.

O treinamento incluirá:

- Fortalecimento do compromisso com o processo;
- Fortalecimento de liderança;
- Comunicação inter pessoal;
- Atualização práticas das técnicas;
- Atualização teórico-cientifica.

Metas a serem alcançadas:

- Promover a coesão interna, melhorando o espírito de equipe;
- Identificar as forças positivas e restritivas;
- Melhorar o desempenho.

Normas para Seleção de Pessoal

O **INSV** tendo consciência que o antigo "serviço de pessoal", passou a "Serviço de Recursos Humanos" e, que hoje, é tomado por "Serviço de Talentos Humanos" adotará uma das mais novas técnicas de seleção - a Seleção por Competências - por meio da qual, além do candidato passar por processo seletivo para contratação de pessoal nas vagas estipuladas, ele passa também a ser analisado por seu currículo, ou melhor, por seus "feitos" anteriores, e será analisado por seus comportamentos, sua postura diante de determinadas situações, sua visão do futuro, entre outros aspectos relevantes.

O objetivo da metodologia que será aplicada é avaliar o candidato nos seguintes aspectos:

- **CONHECIMENTO:** (Saber)

Representa o que se sabe, mas não necessariamente se coloca em prática;

- **HABILIDADE**: (Saber fazer)

É o que se pratica. Será avaliada a experiência e domínio do candidato, o conjunto de técnicas, princípios e capacidades.

- **ATITUDE:** (Querer fazer)

São as características pessoais, que levam a pessoa a praticar ou não o que conhece e sabe. É a energia motivacional que impulsiona o indivíduo a buscar o que deseja.

Por esta razão o **INSV** considera o Processo de Recrutamento e Seleção de suma importância, pois é ele que define, por diferentes maneiras e com diferentes estratégias, qual o melhor candidato que deverá ocupar uma determinada vaga.

O Processo de Recrutamento e Seleção de Pessoal descrito a seguir, será realizado para o preenchimento de vagas nos cargos solicitados pelos diversos setores da Unidade, por meio de contratação sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em jornada de trabalho específica de acordo com o cargo a ser preenchido.

Do Contrato de trabalho

Requisitos Obrigatórios de Escolaridade:

A escolaridade para os cargos a serem preenchidos na Instituição é exigida de acordo com o nível do cargo, **conforme quadro a seguir:**

Tabela 14.6.2-1 - Requisitos de Escolaridade

Nível do Cargo	Escolaridade Exigida
Elementar	Ensino Fundamental
Médio	Ensino Médio
Técnico	Técnico completo
Superior	Ensino Superior completo
Pós Graduação	Especialização em área afim

Documentação Exigida para Contratação:

- Carteira do Trabalho e Previdência Social;
- 3 Fotos 3X4.

Cópia dos seguintes documentos:

- Carteira de Identidade – RG;
- CPF;
- Título de Eleitor;
- PIS ou PASEP;
- Certidão de Nascimento ou casamento (quando for o caso);
- Comprovante de Residência (conta de água, luz ou telefone);
- Certidão de Nascimento dos dependentes com idade inferior a 14 anos;
- Cartão de Vacinação dos filhos com idade até 7 anos;
- Carteira de Registro Profissional (CRM, COREN, CRA, etc.);
- Certificado Militar/Reservista (colaboradores do sexo masculino);
- Carteira de Motorista (obrigatório apenas para os cargos de motorista e mensageiro);

- Comprovante de matrícula dos filhos menores de 14 anos (obrigatório para salário família);
- CPF dos dependentes maiores de 18 anos;
- Certificado de escolaridade;
- Diploma ou declaração de conclusão de curso superior, pós graduação, especialização, mestrado, doutorado, MBA, quando for o caso (conforme nível do cargo).

Condições para participação:

- Ser brasileiro nato ou naturalizado ou cidadão português a quem foi deferida a Igualdade;
- Ter idade mínima de 18 anos;
- Estar em dia com as obrigações eleitorais e militares;
- Possuir o perfil e os requisitos estabelecidos para o cargo;
- Apresentar a documentação exigida.

Avaliações:

De acordo com o nível do cargo, o Processo Seletivo é composto das seguintes

Etapas de Avaliação

- Nível de cargo (fundamental, médio, técnico, superior)
- Análise de currículo
- Entrevista
- Educação
- Prova de português
- Prova de informática
- Avaliação psicológica
- Dinâmica de grupo
- Pontuação (0/10)
- Candidato habilitado (nota 7)

Para classificação final será considerada a média aritmética dos pontos obtidos em cada uma das etapas com avaliação numérica, considerando-se, também, o resultado das demais avaliações. Os candidatos habilitados serão classificados de acordo com a nota final.

Em caso de empate na classificação, terá preferência, o candidato que obtiver maior pontuação na Dinâmica de Grupo.

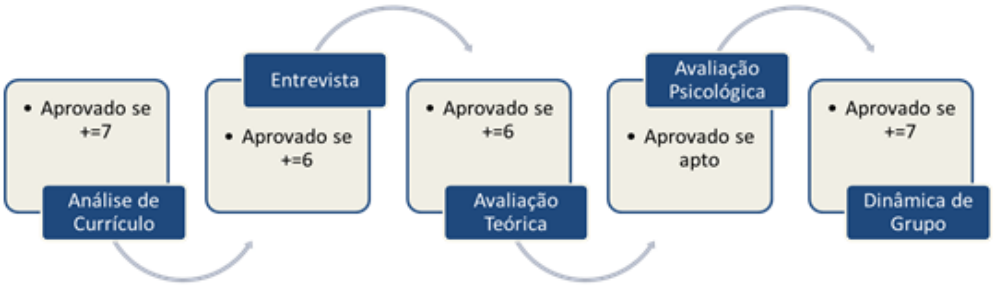
Disposições Gerais:

- O candidato é automaticamente excluído processo seletivo quando:
- Apresentar-se após os horários definidos;
- Não comparecer a qualquer uma das etapas;
- Não apresentar a documentação exigida;
- A validade do processo de seleção é de 01 (um) ano, contado a partir da data de conclusão do mesmo, podendo ser prorrogado por mais 01 (um) ano a critério da Coordenação de Recursos Humanos.
- A participação do candidato no processo seletivo implica no conhecimento dos requisitos e critérios estabelecidos.

As solicitações para realização de processo de recrutamento e seleção interna devem ser realizadas por meio de "Comunicação Interna - CI" contendo o cargo a ser preenchido pelo candidato, a necessidade de experiência anterior e o perfil exigido para o cargo, a qual deve ser encaminhada ao setor de Recursos Humanos, devidamente assinada pela coordenação do setor solicitante.

As solicitações para realização de seleção não substituem as solicitações de contratação, a qual deve ser emitida após realização do processo seletivo, conforme procedimentos específicos definidos na norma "Solicitação de Contratação de Pessoal".

Figura 14.6.2-1 - Fluxograma para Seleção de Colaborador



Combate ao Absenteísmo e Estímulo à Produção:

O termo absenteísmo é usado para designar as ausências dos trabalhadores (ausências legítimas ou não justificadas) no processo de trabalho, seja por falta ou atraso, devido a algum motivo interveniente. A problemática do absenteísmo tem gerado muitas discussões a respeito de suas razões objetivas e subjetivas e vários campos do conhecimento têm sido chamados a contribuir para o seu entendimento: a Psicologia, a Sociologia, a Ergonomia.

O absenteísmo tem exigido muito das organizações e de seus administradores, devido suas causas ser ligado a vários fatores, que vão desde as questões sociais, saúde, gestão de pessoas, entre outros problemas, tornando assim, este tema complexo. Seu efeito é negativo, onde a ausência dos trabalhadores diminui a produção, reflete nos indicadores de qualidade de forma negativa e como consequência repercute diretamente na economia.

O alto nível de competitividade em instituições de ponta, demanda a necessidade do perfeito equilíbrio entre produtividade e capacidade de produção estimada. Para a efetividade das mesmas, faz-se necessário à prevenção de qualquer tipo de ocorrências que reduzam a possibilidade de vantagens competitivas. Para tanto, o nível de absenteísmo deve ser reduzido até quase à escala zero, bem como a eliminação das causas. Para compreender os modelos desenvolvidos atualmente na condução das pessoas nas diversas organizações precisa-se conhecer um pouco sobre a complexidade das organizações e os modelos adotados na administração das pessoas no processo produtivo.

Assim, a Gestão de Pessoas vem para auxiliar a coordenação dos esforços das pessoas que trabalham em uma organização e que tem como objetivo tornar real a missão organizacional bem como promover a realização pessoal. Nenhuma instituição sobrevive sem esta sinergia.

Desta forma, o RH **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)** adotará uma metodologia de gestão de pessoas cujo objetivo é trabalhar em parceria com cada colaborador, para que todos se sintam responsáveis e parceiros em busca do objetivo comum e principal da organização hospitalar que é prestar assistência à saúde com qualidade e segurança.

Orientações para Conduta

1. **Analisar a Situação:**

O absenteísmo excessivo não só prejudica o cumprimento das metas de trabalho, causando grandes dificuldades operacionais, mas também põe em dúvida a habilidade de

gerentes, chefes, supervisores, em lidar com o problema. Assim, é imperativo que se controle as ausências não-justificadas.

Muitas vezes, a diferença entre supervisores com problemas de absenteísmo e aqueles sem problema é apenas o tempo que eles dedicam à análise dos índices de comparecimento ao trabalho. Os índices podem revelar situações graves e identificar os colaboradores que estão apresentando distorções no índice de absenteísmo.

2. **Demonstrar preocupação:**

Demonstrar ao colaborador que se está ciente da situação e preocupado com o caso. Em geral, isso será suficiente para corrigir a situação. Contudo, se as ausências persistirem mesmo depois de demonstrar a preocupação, deve-se passar para o estágio seguinte.

3. **Explicar as consequências:**

Explicar ao colaborador faltoso todas as consequências de sua atitude e as dificuldades que sua ausência causa ao setor seja relembrando os aspectos da política da Unidade ou os ditames da legislação trabalhista.

Ao apontar as consequências de ausências excessivas, será levado em consideração o indivíduo. Bons colaboradores não se transformam em problemas da noite para o dia. Nesta etapa, será avaliado o relacionamento do colaborador com a chefia ou mesmo com colegas de trabalho.

4. **Aplicar as normas da Unidade:**

Por mais bem dirigida que seja a política da Unidade quanto ao absenteísmo, ela não terá nenhum valor, a menos que a aplique na ocasião oportuna.

5. **Profissionais de Enfermagem:**

Para o Serviço de Enfermagem, as faltas nos feriados e nos finais de semana, sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o colaborador estará sujeito à suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho.

As faltas nos dias úteis também representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do colaborador faltoso, passível de medidas disciplinares.

6. Outros Profissionais:

A coordenação responsável pelo colaborador deverá aplicar a medida disciplinar adequada.

Prevenindo o Absenteísmo e Estimulando a Produção:

Para que se previna o absenteísmo e se estimule a produção por parte de toda equipe de apoio, assistencial, em geral, o INSV implantará medidas e projetos para os colaboradores do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO):**

Outros Profissionais:

Será incluído na programação do treinamento introdutório a política da unidade: missão, visão, valores, regimentos, normas, protocolos. Nesta oportunidade serão abordadas as consequências do alto índice de absenteísmo para a Unidade e para a equipe de trabalho.

Treinamento mensal:

Este tema deverá ser incluído periodicamente nos treinamentos mensais.

Desenvolver uma política de reconhecimento e valorização:

Será instituída uma política de reconhecimento e valorização dos colaboradores, com salários justos, benefícios, incentivos ao desenvolvimento e participação.

Em uma gestão moderna, como a que será implantada na unidade, o ser humano deve ser reconhecido e configurar como centro das atenções de uma gestão que busca de resultados concretos. Ele é o grande desencadeador das mudanças da organização. A instituição moderna só será realmente vencedora se dedicar tempo e investimento nas pessoas, que são seus "valores humanos". Por esta razão que para combater elevados índices

de absenteísmo, serão implementadas, no **HERSO**, programas e benefícios que devem atender a dois campos de objetivos: os da Instituição e dos colaboradores.

Medicina Preventiva

Além de disponibilizar o atendimento médico inerente a saúde ocupacional, serão implementadas ações de medicina preventiva como campanhas de vacinação, campanhas de prevenção de doenças como hipertensão, enfermidades relacionadas ao aparelho respiratório, AIDS, diabetes, saúde bucal, entre outras.

Do estimulo a produção

Gratificação de Assiduidade e Pontualidade

Será implantada para os profissionais a gratificação de assiduidade e pontualidade correspondente ao valor de 10% do salário base dos profissionais que não tenham tido nenhum tipo de ausência ou atraso durante 3 (três) mês, exceto para os médicos.

Programa de Ginástica Laboral:

Por meio de convênio com Universidades e Faculdades poderão ser realizadas duas vezes por semana, aulas de 10 a 15 minutos de ginástica laboral, promovendo a integração entre os colaboradores e a diminuição do absenteísmo por dores lombares.

Relatórios Gerenciais:

O setor de Recursos Humanos emitirá relatórios mensais de faltas indicando as ausências justificadas e não justificadas, para que sejam analisados pelos gestores dos diversos setores, objetivando o acompanhamento das faltas de cada colaborador e da sua área de atuação como um todo.

Da Avaliação de Desempenho:

- Na vigência do período de experiência, será feita uma avaliação com o novo colaborador da Unidade, em relação à ambientação e desenvolvimento das funções;

- A Chefia imediata fará o acompanhamento do novo colaborador por um período inicial, registrando em formulário próprio;
- O acompanhamento do colaborador até a sua efetivação será realizado mediante as etapas de avaliação do estágio probatório, realizado por comissão designada para tal fim;
- Nos casos de rescisão contratual caberá ao setor de pessoal informar a decisão ao colaborador a ser desligado;
- Durante todo o processo de integração, o setor de pessoal dará suporte às chefias imediatas.

Do Programa de Readaptação Funcional:

Objetivo:

Garantir ao colaborador afastado por motivo de saúde que, no seu retorno ao trabalho, seja assegurada a reavaliação das atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação, verificada no exame médico-pericial, que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, garantindo a transparência no processo de readaptação funcional assegurando os direitos e deveres do trabalhador e da instituição.

Procedimentos:

- Caso o colaborador seja capaz de executar mais de 70% das atribuições de seu cargo, deverá retornar ao trabalho, na sua própria função, mesmo que seja necessário evitar algumas das atribuições.
- Será emitido parecer à chefia imediata, determinando as atribuições que não deverão ser executadas devido à incapacidade relativa do colaborador, designando a restrição por um caráter temporário ou permanente da restrição.
- Caso o colaborador não consiga atender a um mínimo de 70 % das atribuições de seu cargo, deverá ser sugerida a sua readaptação, nos termos da legislação vigente.
- A área de Pessoal fará a indicação dos cargos afins e suas atribuições, buscando a melhor alocação do trabalhador a ser readaptado, respeitando as habilitações exigidas.

A área de Pessoal tomará as providências necessárias para a Readaptação do colaborador, devendo acompanhar todo o processo funcional assegurando os direitos e deveres do trabalhador e da instituição.

Descrição dos Critérios de Remuneração

O regime de trabalho adotado pelo hospital será o Celetista. Para todo funcionário admitido será emitido um contrato de experiência (modelo a seguir) que tem o objetivo de avaliar as aptidões pessoais e o desempenho profissional do trabalhador, bem como demonstrar as vantagens e condições de trabalho oferecidaspela instituição.

O contrato de trabalho de experiência possuirá prazo máximo de 90 dias. Depois que se completa o prazo de experiência, o contrato de trabalho passara a ser, automaticamente, definitivo e de prazo indeterminado.

> **Nota:** O contrato de experiência pode compreender vários períodos (30, 60,90 dias). Entretanto, o período de experiência somente pode ser renovado uma única vez e desde que a soma dos períodos não seja superior ao prazo máximo de 90 dias (art.451 CLT).

Para efetivar o contrato de experiência, o RH do hospital registrará na Carteira de Trabalho do funcionário em ate 48 horas após a contratação.

Caso o hospital não avalie satisfatoriamente o trabalho apresentado pelo funcionário, o demitirá até o último dia previsto para o término do contrato.

> **Nota:** Quando a demissão ocorrer sem justa causa antes do final do período previsto de experiência, o hospital pagará metade do salário que o trabalhador receberia até o final do contrato de experiência.

Caso, durante o período de experiência, o funcionário contratado achar que não tem interesse em permanecer no emprego, deve entregar no último dia do período de experiência um comunicado por escrito dizendo que não quer permanecer no trabalho.

Neste caso, não irá cumprir o período de aviso prévio e receberá tanto os dias trabalhados, como o 13.o salário proporcional. (art. 480 CLT).

Caso o funcionário antecipe a sua desistência, a instituição cobrará multa por rompimento do contrato antes do prazo. Neste caso, o trabalhador deverá pagar ao empregador 50% dos dias que faltarem para o seu término, que será descontado dos dias trabalhados e do 13.o proporcional.

O vínculo dos profissionais que irão laborar na unidade hospitalar será estabelecido com base na Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, tendo como base de remuneração os seguintes critérios:

- Obediência às Convenções e Acordos coletivos;
- Valor de mercado;

- Políticas Institucionais da proponente.

A remuneração direta salarial dos colaboradores do **HERSO** será de acordo com os valores praticados no mercado de saúde da cidade de Goiânia. Todos os pagamentos aos colaboradores serão através de folha de pagamento para os funcionários celetistas, Recibo de Pagamento de Autônomo – RPA ou através de nota fiscal no caso de contratação de profissionais cooperados.

No caso de profissionais cooperados, deverá ser observada a legislação trabalhista e as normas para utilização desse tipo de profissional no Estado de Goiás.

A remuneração direta será conforme o salário definido na contratação do colaborador, eventualmente acrescido de horas extras, adicional noturno e insalubridade. Outra forma de remuneração é a remuneração por horas trabalhadas, no caso de plantões ou serviços avulsos de segurança e portaria. A remuneração indireta será composta de vale refeição e vale transporte para os celetistas.

Da Proposta de Contratação de Pessoal

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DAS PARTES CONTRATADA: _____, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n° _____, com sede em _____, doravante denominado CONTRATADA e neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, por seu representante legal _____ , _____ , _____ , _____ , portador do Documento de Identidade RG nº. _____, inscrito no CPF sob o nº. _____, residente e domiciliado em _____, e;

CONTRATANTE: _____, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n° _____ , com sede em _____ , doravante denominado CONTRATANTE e neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, por seu representante legal _____ , _____ , _____ , _____ , portador do Documento de Identidade RG nº. _____, inscrito no CPF sob o nº. _____, residente e domiciliado em _____.

Decidem as partes, na melhor forma de direito, celebrar o presente CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, que reger-se-á mediante as cláusulas e condições adiante estipuladas.

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

1.1 O presente contrato tem por objeto a prestação de serviços profissionais especializados em _____ por parte da CONTRATADA de acordo com os termos e condições detalhados neste contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA

OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

2.1 A CONTRATANTE deverá fornecer à CONTRATADA todas as informações necessárias à realização do serviço, devendo especificar os detalhes necessários à perfeita consecução do mesmo.

2.2 A CONTRATANTE é obrigada ainda a disponibilizar: _____

2.3 A CONTRATANTE deverá efetuar o pagamento na forma e condições estabelecidas na cláusula quinta.

CLÁUSULA TERCEIRA

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1 A CONTRATADA deverá prestar os serviços solicitados pela CONTRATANTE conforme descritivo, especificações e prazos previstos no ANEXO I.

3.2 A CONTRATADA se obriga a manter absoluto sigilo sobre as operações, dados, estratégias, materiais, informações e documentos da CONTRATANTE, mesmo após a conclusão dos serviços ou do término da relação contratual.

3.3 Os contratos, informações, dados, materiais e documentos inerentes à CONTRATANTE ou a seus clientes deverão ser utilizados, pela CONTRATADA, por seus funcionários ou contratados, estritamente para cumprimento dos serviços solicitados pela CONTRATANTE, sendo VEDADO a comercialização ou utilização para outros fins.

3.4 Será de responsabilidade da CONTRATADA todo o ônus trabalhista ou tributário referente aos funcionários utilizados para a prestação do serviço objeto deste instrumento, ficando a CONTRATANTE isenta de qualquer obrigação em relação a eles.

3.5 A CONTRATADA deverá fornecer os respectivos documentos fiscais, referente ao(s) pagamento(s) do presente instrumento.

CLÁUSULA QUARTA

DOS SERVIÇOS

4.1 A CONTRATADA atuará nos serviços contratados de acordo com as especificações descritas no ANEXO I, que passa ser parte integrante do presente contrato.

4.2 Os serviços terão início em _____ dias corridos da assinatura do presente contrato.

CLÁUSULA QUINTA

DA AVALIAÇÃO DE PERFORMANCE

5.1 A execução dos serviços, objeto do presente contrato, passará por avaliações periódicas para fins de constatar o cumprimento dos indicadores de produtividade, abaixo indicados:

5.1.1 SEGURANÇA: Para fins de observância aos indicadores de segurança do presente contrato, mensalmente a CONTRATADA deve comprovar _____;

5.1.2 QUALIDADE: Para fins de observância aos indicadores de qualidade do presente contrato, mensalmente a CONTRATADA deve comprovar _____;

5.1.3 COMUNICAÇÃO: Para fins de observância aos indicadores de comunicação do presente contrato, mensalmente a CONTRATADA deve comprovar _____;

5.1.4 PONTUALIDADE: Para fins de observância aos indicadores de pontualidade do presente contrato, mensalmente a CONTRATADA deve comprovar _____;

CLÁUSULA SEXTA

DA EXCLUSIVIDADE

6.1 A CONTRATADA atuará COM EXCLUSIVIDADE dentro do _____, NÃO podendo exercer sua atividade para outras empresas, ou efetuar negócios em nome e por conta própria.

6.2 A CONTRATADA terá gerência integral na _____ que lhe é destinada, com TOTAL AUTONOMIA, sem cumprimento de horários ou ordens, devendo atender exclusivamente o cronograma firmado entre as partes.

CLÁUSULA SÉTIMA

DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

7.2 No caso de atraso no pagamento superior a 10 dias, será devida multa moratória no valor de _____ sobre a parcela inadimplida, além da atualização do valor pelo _____.

7.3 Considera-se o cumprimento integral do contrato o momento em que todos os serviços especificados, tenham sido concluídos, mediante aprovação e revisão final da CONTRATANTE ou outra forma de entrega especificada.

CLÁUSULA OITAVA

DO DESCUMPRIMENTO

8.1 O descumprimento de qualquer uma das cláusulas por qualquer parte, implicará na rescisão imediata deste contrato, não isentando a CONTRATADA de suas responsabilidades referentes ao zelo com informações e dados da CONTRATANTE.

8.2 Havendo descumprimento deste contrato, será devida multa de _____ sobre o valor do contrato.

CLÁUSULA NONA

DO PRAZO E VALIDADE

9.1 A CONTRATADA deverá realizar os serviços dentro dos prazos determinados no cronograma previsto, sendo sua responsabilidade comunicar a impossibilidade de cumprimento, bem como os motivos para tal e o novo prazo previsto, estando em sua competência a capacidade para tal avaliação.

9.2 Este instrumento é válido por prazo indeterminado, vigendo até a finalização do serviço, ora contratado, ou encerramento do contrato, não ficando as partes isentas de seus compromissos éticos após invalidação do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA

DA RESCISÃO IMOTIVADA

10.1 Poderá o presente instrumento ser rescindido por qualquer das partes, em qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de motivo relevante, respeitando-se um período mínimo de _____ dias, devendo então somente ser finalizadas e pagas as etapas que já estiverem em andamento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

DA OBSERVÂNCIA À LGPD

11.1 O CONTRATANTE declara expresso CONSENTIMENTO que a CONTRATADA irá coletar, tratar e compartilhar os dados necessários ao cumprimento do contrato, nos termos do Art. 7º, inc. V da LGPD, os dados necessários para cumprimento de obrigações legais, nos termos do Art. 7º, inc. II da LGPD, bem como os dados, se necessários para proteção ao crédito, conforme autorizado pelo Art. 7º, inc. V da LGPD.

11.2 Outros dados poderão ser coletados, conforme termo de consentimento específico.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Fica pactuada a total inexistência de vínculo trabalhista entre as partes, excluindo as obrigações previdenciárias e os encargos sociais, não havendo entre CONTRATADA e CONTRATANTE qualquer tipo de relação de subordinação.

12.2 A contratação da CONTRATADA, cumpridas todas as formalidades legais, com ou sem exclusividade, de forma contínua ou não, afasta a qualidade de empregado prevista no art. 3º da CLT, nos termos do art. 442-B da CLT.

12.3 A tolerância, por qualquer das partes, com relação ao descumprimento de qualquer termo ou condição aqui ajustado, não será considerada como desistência em exigir o cumprimento de disposição nele contida, nem representará novação com relação à obrigação passada, presente ou futura, no tocante ao termo ou condição cujo descumprimento foi tolerado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

DO FORO

13.1 Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do presente contrato, as partes elegem o foro da Comarca de _____ do Estado de _____.

Por estarem assim justos e de acordo, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Santa Helena de Goiás, _____, _____.

Nome e assinatura do contratante

Nome e assinatura do contratado

Da Proposta de Contratação de Pessoa jurídica

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DAS PARTES CONTRATADA: _____, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n° _____ , com sede em _____ , doravante denominado CONTRATADA e neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, por seu representante legal _____ , _____ , _____ , _____ , portador do Documento de Identidade RG nº. _____, inscrito no CPF sob o nº. _____ , residente e domiciliado em _____ , e; CONTRATANTE: _____ , pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n° _____ , com sede em _____ , doravante denominado CONTRATANTE e neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, por seu representante legal _____ , _____ , _____ , _____ , portador do Documento de Identidade RG nº. _____ , inscrito no CPF sob o nº. _____ , residente e domiciliado em _____ .

Decidem as partes, na melhor forma de direito, celebrar o presente CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, que reger-se-á mediante as cláusulas e condições adiante estipuladas.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 O presente contrato tem por objeto a prestação de serviços profissionais especializados em _____ por parte da CONTRATADA de acordo com os termos e condições detalhados neste contrato.

1.2

CLÁUSULA SEGUNDA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

2.1 A CONTRATANTE deverá fornecer à CONTRATADA todas as informações necessárias à realização do serviço, devendo especificar os detalhes necessários à perfeita consecução do mesmo.

2.2 A CONTRATANTE é obrigada ainda a disponibilizar: _____

2.3 A CONTRATANTE deverá efetuar o pagamento na forma e condições estabelecidas na cláusula quinta.

CLÁUSULA TERCEIRA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1 A CONTRATADA deverá prestar os serviços solicitados pela CONTRATANTE conforme descritivo, especificações e prazos previstos no ANEXO I.

3.2 A CONTRATADA se obriga a manter absoluto sigilo sobre as operações, dados, estratégias, materiais, informações e documentos da CONTRATANTE, mesmo após a conclusão dos serviços ou do término da relação contratual.

3.3 Os contratos, informações, dados, materiais e documentos inerentes à CONTRATANTE ou a seus clientes deverão ser utilizados, pela CONTRATADA, por seus funcionários ou contratados, estritamente para cumprimento dos serviços solicitados pela CONTRATANTE, sendo VEDADO a comercialização ou utilização para outros fins.

3.4 Será de responsabilidade da CONTRATADA todo o ônus trabalhista ou tributário referente aos funcionários utilizados para a prestação do serviço objeto deste instrumento, ficando a CONTRATANTE isenta de qualquer obrigação em relação a eles.

3.5 A CONTRATADA deverá fornecer os respectivos documentos fiscais, referente ao(s) pagamento(s) do presente instrumento.

CLÁUSULA QUARTA - DOS SERVIÇOS

4.1 A CONTRATADA atuará nos serviços contratados de acordo com as especificações descritas no ANEXO I, que passa ser parte integrante do presente contrato.

4.2 Os serviços terão início em _____dias corridos da assinatura do presente contrato.

CLÁUSULA QUINTA - DA AVALIAÇÃO DE PERFORMANCE

5.1 A execução dos serviços, objeto do presente contrato, passará por avaliações periódicas para fins de constatar o cumprimento dos indicadores de produtividade, abaixo indicados:

5.1.1 SEGURANÇA: Para fins de observância aos indicadores de segurança do presente contrato, mensalmente a CONTRATADA deve comprovar _____;

5.1.2 QUALIDADE: Para fins de observância aos indicadores de qualidade do presente contrato, mensalmente a CONTRATADA deve comprovar _____;

5.1.3 COMUNICAÇÃO: Para fins de observância aos indicadores de comunicação do presente contrato, mensalmente a CONTRATADA deve comprovar _____;

5.1.4 PONTUALIDADE: Para fins de observância aos indicadores de pontualidade do presente contrato, mensalmente a CONTRATADA deve comprovar _____;

CLÁUSULA SEXTA - DA EXCLUSIVIDADE

6.1 A CONTRATADA atuará **COM EXCLUSIVIDADE** dentro do _____, NÃO podendo exercer sua atividade para outras empresas, ou efetuar negócios em nome e por conta própria.

6.2 A CONTRATADA terá gerência integral na _____ que lhe é destinada, com TOTAL AUTONOMIA, sem cumprimento de horários ou ordens, devendo atender exclusivamente o cronograma firmado entre as partes.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

7.2 No caso de atraso no pagamento superior a 10 dias, será devida multa moratória no valor de _____ sobre a parcela inadimplida, além da atualização do valor pelo _____.

7.3 Considera-se o cumprimento integral do contrato o momento em que todos os serviços especificados tenham sido concluídos, mediante aprovação e revisão final da CONTRATANTE ou outra forma de entrega especificada.

CLÁUSULA OITAVA - DO DESCUMPRIMENTO

8.1 O descumprimento de qualquer uma das cláusulas por qualquer parte, implicará na rescisão imediata deste contrato, não isentando a CONTRATADA de suas responsabilidades referentes ao zelo com informações e dados da CONTRATANTE.

8.2 Havendo descumprimento deste contrato, será devida multa de _____ sobre o valor do contrato.

CLÁUSULA NONA - DO PRAZO E VALIDADE

9.1 A CONTRATADA deverá realizar os serviços dentro dos prazos determinados no cronograma previsto sendo sua responsabilidade comunicar a impossibilidade de cumprimento, bem como os motivos para tal e o novo prazo previsto, estando em sua competência a capacidade para tal avaliação.

9.2 Este instrumento é válido por prazo indeterminado, vigendo até a finalização do serviço, ora contratado, ou encerramento do contrato, não ficando as partes isentas de seus compromissos éticos após invalidação do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO IMOTIVADA

10.1 Poderá o presente instrumento ser rescindido por qualquer das partes, em qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de motivo relevante, respeitando-se um período mínimo de _____ dias, devendo então somente ser finalizadas e pagas as etapas que já estiverem em andamento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA OBSERVÂNCIA À LGPD

11.1 O CONTRATANTE declara expresso CONSENTIMENTO que a CONTRATADA irá coletar, tratar e compartilhar os dados necessários ao cumprimento do contrato, nos termos do Art. 7º, inc. V da LGPD, os dados necessários para cumprimento de obrigações legais, nos termos do Art. 7º, inc. II da LGPD, bem como os dados, se necessários para proteção ao crédito, conforme autorizado pelo Art. 7º, inc. V da LGPD.

11.2 Outros dados poderão ser coletados, conforme termo de consentimento específico.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Fica pactuada a total inexistência de vínculo trabalhista entre as partes, excluindo as obrigações previdenciárias e os encargos sociais, não havendo entre CONTRATADA e CONTRATANTE qualquer tipo de relação de subordinação.

12.2 A contratação da CONTRATADA, cumpridas todas as formalidades legais, com ou sem exclusividade, de forma contínua ou não, afasta a qualidade de empregado prevista no art. 3º da CLT, nos termos do art. 442-B da CLT.

12.3 A tolerância, por qualquer das partes, com relação ao descumprimento de qualquer termo ou condição aqui ajustado, não será considerada como desistência em exigir o cumprimento de disposição nele contida, nem representará novação com relação à obrigação passada, presente ou futura, no tocante ao termo ou condição cujo descumprimento foi tolerado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

13.1 Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do presente contrato, as partes elegem o foro da Comarca de _____ do Estado de _____.

Por estarem assim justos e de acordo, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Santa Helena de Goiás, _____ , _____ .

_____

Nome e assinatura do contratante

_____

Nome e assinatura do contratado

15.4. Registro e Controle De Pessoal e Modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)

Registro e Controle de Pessoal

Registro e Controle de Pessoal e Modelo para Escalas de Trabalho a seguinte rotina devera nortear a elaboração das escalas de serviço:

Do dia **1º** ao dia **10º** do mês corrente o coordenador do setor deverá elaborar as escalas de serviço do próximo mês.

Do dia **11º** ao dia **14º** o rascunho da escala devera ser divulgado, no setor, para ajustes.

No dia **15º** o rascunho da escala devera ser digitado.

Do dia **16º** ao dia **18º** a escala devera ser encaminhada para o RH e uma copiadeverá ser afixada na unidade.

INSV	**HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO)** **ESCALA MENSAL DE SERVIÇO**

Ano:	Mês:	Setor:
Cargo:		

NOME	DATA																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Registro de Ponto dos Funcionários

O registro de ponto será através de biometria, dependendo do sistema e equipamentos de ponto já em funcionamento.

Escala Médica

Após a assinatura do contrato de gestão, será feita análise em até 20 dias do aproveitamento dos médicos existentes nas diversas clínicas/especialidades e feita a

contratação pelo regime CLT de médicos necessários para complemento, com base no plantão de 12 horas nas áreas identificadas como deficientes/deficitárias.

Diurno 7:00 as 19:00	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Noturno 19:00 as 7:00	**Segunda**	**Terça**	**Quarta**	**Quinta**	**Sexta**	**Sábado**	**Domingo**

Servidor	Mês:					Ano:					Elaborado por:											Chefia:									
	1	2	3	4	5	6	7	**8**	9	10	11	12	13	14	**15**	16	17	18	19	20	21	**22**	23	24	25	26	27	28	**29**	30	31
	D	S	T	Q	Q	S	S	**D**	S	T	Q	Q	S	S	**D**	S	T	Q	Q	S	S	**D**	S	T	Q	Q	S	S	**D**	S	T

Proposta de Quadro de Pessoal disponível no Anexo 1

Da identificação dos colaboradores:

Todos os colaboradores do **HERSO** serão identificados através de crachá com tamanho de 86 mm de comprimento e 54 mm de altura e 0,75 mm de espessura, com tarja magnética para acionamento de catracas de acesso ao **HERSO**, registro de ponto de entrada e saída.

No crachá constará o nome do colaborador, em letra grande, e a área de atuação (CC, UTI, etc.) e a função (enfermeira, limpeza, porteiro etc.).

As cores do cartão de identificação dos colaboradores serão definidas posteriormente, ouvida a SES-GO, e será diferente por área e função.

Os colaboradores das áreas assistenciais deverão usar uniformes compostos de calça e blusa/camisa com cores diferentes, conforme a função e a área.

É importante que o pessoal de limpeza, nutrição, enfermagem e manutenção tenham uniformes com cores bem distintas para evitar confusão ou dúvidas entre pacientes, acompanhantes e visitantes.

As cores dos uniformes serão definidas posteriormente, ouvida a SES-GO.

Do quantitativo de recursos humanos estimado por categorias (ANEXO I)

Das Férias, Afastamentos e Licenças:

O INSV seguira as normas integralmente da CLT no que tange aos direitos dos trabalhadores a férias após cada período de 12 meses (período aquisitivo) de vigência do contrato de trabalho, ou seja, conta-se o ano contratual, e não o ano civil (CLT, artigo 130). Algumas circunstâncias interrompem essa contagem, como a do empregado que deixa o emprego e não é readmitido em 60 dias ou que permanece em licença remunerada por mais de 30 dias. Outras hipóteses estão previstas na lei (CLT, artigos 131 e 132).

Após o primeiro ano de trabalho (período aquisitivo), inicia-se a contagem do período de concessão das férias (período concessivo). A escolha do período depende da concordância do empregador, que pode definir as escalas de férias.

A lei prevê duas exceções. Os membros de uma família que trabalharem no mesmo estabelecimento ou empresa terão direito a gozar férias no mesmo período, se assim o desejarem e se disto não resultar prejuízo para o serviço. A outra hipótese é a do empregado estudante menor de 18 anos, que tem o direito de fazer coincidir suas férias com as escolares.

É vedado o início das férias nos dois dias que antecederem feriado ou dia de repouso semanal remunerado.

O início das férias deve ser comunicado ao empregado com antecedência mínima de 30 dias, por escrito e mediante recibo, com apresentação da carteira de trabalho para a anotação dos períodos aquisitivos e concessivos. Essa anotação gera presunção relativa de veracidade em proveito do empregador, conforme o artigo 40, inciso I, da CLT e a Súmula 12 do TST.

Até 2017, a CLT exigia que as férias fossem usufruídas num só período de 30 dias. A partir da entrada em vigor da Reforma Trabalhista (Lei 13.467/2017), desde que haja concordância do empregado, as férias podem ser fracionadas em até três períodos, desde que

um deles não seja ser inferior a 14 dias corridos e os demais não sejam inferiores a cinco dias corridos cada um (artigo 134, parágrafo 1º da CLT).

Durante as férias, o empregado não poderá prestar serviços a outro empregador, salvo se estiver obrigado a fazê-lo em virtude de contrato de trabalho regular (no caso de dois empregos).

A Constituição da República assegura o gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal. Mas como ocorre o cálculo dessa remuneração?

De acordo com o artigo 142 da CLT, depende de qual é a base utilizada para o cálculo do salário. Quando este for pago por hora com jornadas variáveis, deve-se apurar a média do período aquisitivo. Quando for pago por tarefa, a base será a média da produção no período aquisitivo. Quando o salário for pago por percentagem, comissão ou viagem, o cálculo leva em conta a média recebida nos 12 meses anteriores à concessão das férias.

Também se computa, para a remuneração das férias, os adicionais por trabalho extraordinário, noturno, insalubre ou perigoso.

As licenças são concessões que permitem a ausência do colaborador no trabalho por um período determinado. Elas estão pré-estabelecidas na legislação trabalhista e o não cumprimento delas pode trazer problemas na justiça. O art. 473 da CLT prevê as situações em que um funcionário pode se ausentar sem ter prejuízos em seu salário, que são as licenças remuneradas.

Contudo, dentro da própria lei existem variações em casos específicos, como a de professores, que têm direito a um prazo maior de licença em algumas situações. Por exemplo, em casos de falecimento de um familiar direto, eles podem se ausentar do trabalho por até 9 dias, diferente do prazo estabelecido no art. 473 que citamos aqui.

Além disso, é fundamental saber que acordos ou convenções coletivas de trabalho podem definir condições diferentes e prazos maiores dos que estão previstos na CLT.

- **LICENÇA-MATERNIDADE:** O art. 392 da CLT diz: Art. 392. A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário. Com isso a lei garante 120 dias (4 meses) de afastamento, podendo ser de até 180 dias, se houver participação no programa é necessário apresentar à empresa o atestado médico para informar a data inicial da licenca. O início desse período deve se dar a partir do 28° antes do parto.
- **LICENÇA-PATERNIDADE:** A licença-paternidade é garantida pelo artigo 473 da CLT, é dado por um dia, em caso de nascimento do filho no decorrer da primeira semana:Art.

473 - O empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário:(.) III - por um dia, em caso de nascimento de filho no decorrer da primeira semana; mas ainda há a possibilidade de aumentar este período, em relação ao artigo 10° da Constituição Federal, que está previsto até 5 dias de afastamento para o pai, que começa a ser contado a partir da data de nascimento do bebê.

- **LICENÇA ÓBITO:** Esta licenca está prevista no artigo 473. Veja: Art. 473 - O empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário. 1 - até 2 (dois) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica. Esses dias começam a ser contabilizados logo após a morte do familiar, mas não inclui o dia do falecimento, mas a maioria das empresas abona este dia em respeito aos sentimentos do funcionário. Para servidores federais a licenca pode chegar até 8 dias.
- **LICENÇA CASAMENTO:** Para quem pretende casar a CLT prevê folga no trabalho sem perder na remuneração, esta licença é de até 3 dias consecutivos.Art. 473 - O empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário:() II - até 3 (três) dias consecutivos, em virtude de casamento; OBS: O trabalhador que exerce suas atividades laborais apenas de segunda a sexta, o final de semana não contará como parte da licenca. Para os professores, eles podem ter uma folga de até 9 dias, isto de acordo com o art. 320 da CLT.
- **LICENÇA MILITAR:** De acordo com o art.472 da CLT, o militar tem o direito do afastamento durante o servico militar obrigatório e prevê a permanência da remuneração durante os primeiros 90 dias:Art. 472 - O afastamento do empregado em virtude das exigências do serviço militar, ou de outro encargo público, não constituirá motivo para alteração ou rescisão do contrato de trabalho por parte do empregador.(...) 5° - Durante os primeiros 90 (noventa) dias desse afastamento, o empregado continuará percebendo sua remuneração. Se o funcionário quiser retornar as atividades na empresa, é necessário notificar ao empregador até 30 dias antes da baixa do serviço militar.
- **LICENÇA MÉDICA:** O funcionário que está doente e precisa tratar da sua saúde, ele precisa apresentar o atestado médico para atestar sua ausência de trabalho e deve ter a duração máxima de 15 dias, ultrapassado este período o mesmo devera solicitar o auxilio-doença que é custeado pelo INSS. Art. 59 da LEI N° 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991: O auxilio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias conscoutivos. Art. 476 - Em

caso de seguro-doença ou auxilio-enfermidade, o empregado é considerado em licença não remunerada, durante o prazo desse beneficio.

- **LICENÇA NÃO REMUNERADA:** Caracterizadas como uma espécie de suspensão de contrato, as licenças de trabalho não remuneradas geralmente são solicitadas para atender aos interesses pessoais do empregado e, por isso, garantem apenas a ausência do funcionário das suas funções por um determinado período de tempo, mas sem que receba a remuneração acordada com a empresa na época de sua contratação. Ela está prevista na CLT pelo art. 476, durando em média de 2 a 5 meses. O colaborador deve efetuar a solicitação e cabe ao empregador aceitar ou não. Os casos mais comuns costumam ser a ausência para realizar cursos ou programas de qualificação profissional (ex: intercâmbio fora do país, mestrado, etc.) Contudo, também há profissionais que a solicitam por motivos pessoais, em que a empresa deve avaliar esses motivos e decidir se irá aceitar. Por fim, também há situações em que o funcionário é eleito para a direção do sindicato, tendo sua ausência garantida pela licença não remunerada.

15.5. Proposta de Trabalho com adequado Planejamento, Visão de Futuro, Cronogramas de Execução, Custos Estimados e Resultados Factíveis.

Sistemática e Metodologia do Trabalho

A presente proposta destina-se a organizar o funcionamento da unidade de estatística do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**), utilizando para tanto métodos estatísticos próprios para a área hospitalar e tem como seu principal objetivo ajudar a entender o funcionamento e características dos serviços prestados pelo hospital e as suas consequências.

- Estatística Administrativa: Elabora os Indicadores hospitalares e outras estabelecidas pela Administração do Hospital.
- Estatística Nosológica: Refere-se às causas de morbidade e mortalidade das investigações classificadas de acordo com a Codificação Internacional de Doenças (CID-10), contidos em nosso Sistema Integrado de Gestão Hospitalar.

Será criado um manual de normas, serviços e rotinas, que visa o melhor aproveitamento dos recursos e dados existentes, bem como a implantação, coleta e gerencia de novos dados. O auxílio de uma ferramenta de BI (Business Inteligence) será de fundamental importância para o sucesso dessa etapa.

Estar a par dos problemas da instituição é uma das metas da Unidade de Estatística, de forma a fomentar a Direção e Comissões, inclusive com comparativos com outros núcleos de trabalho, hospitais, identificando as áreas em que o DO G pode melhorar e também as áreas em que se está caminhando corretamente rumo ao sucesso.

A seguir apresentamos de forma simples as técnicas necessárias a organização de um serviço de estatística hospitalar através da utilização das técnicas do controle estatística da qualidade, análise dos indicadores hospitalares, as fases do trabalho estatístico e demais ferramentas.

Finalidade

A finalidade é fornecer dados para a avaliação da instituição e eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo, com qualidade e confiabilidade, atuando e auxiliando uma ampla gama de departamentos dentro do **HERSO**

Objetivo Geral

Investir na busca de parâmetros fidedignos que facilitem a tomada de decisão, o planejamento e a pesquisa cientificam sem esquecer seu papel de agente fiscalizar em saúde pública e elemento de ligação ao sistema de informação em saúde.

Objetivos Específicos

- Resgatar a importância do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) nas instituições de saúde;
- Servir como roteiro, ajudar e apresentar de maneira simples as noções necessárias à organização de um serviço de estatística hospitalar;
- Facilitar a compreensão das circunstâncias que envolvem sua administração e interpretação de seus indicadores;
- Contribuir com a pesquisa clínica;
- O registro das evoluções médicas;
- O registro das evoluções de enfermagem.
- Indicadores Hospitalares

As estatísticas de saúde são construídas a partir de dados relativos a eventos vitais (nascimentos, óbitos e perdas fetais), estrutura da população, morbidade (doenças) e serviços e atividades sanitárias. A avaliação da situação de saúde de uma comunidade pode ser complementada por coeficientes e índices provenientes de medidas de avaliação hospitalar, também conhecidas como medidas hospitalares ou indicadores hospitalares (Laurenti et al., 1987).

Indicadores hospitalares são instrumentos utilizados para avaliar o desempenho hospitalar, envolvendo sua organização, recursos e metodologia de trabalho. Os dados coletados nas diversas áreas do hospital, quando relacionados entre si, transformam- se em instrumentos de gestão úteis para a avaliação da assistência prestada, quantidade e tipo de recursos envolvidos, controle dos custos gerados na produção dos serviços e grau de resolutividade dos mesmos. (APM e CRM/SP, 1992)

Em que pese o fato de que indicadores são meramente reflexos de uma situação real e, portanto, medidas indiretas e parciais de uma situação complexa, quando calculados sequencialmente, no tempo, podem indicar a direção e a velocidade das mudanças e servem para comparar diferentes áreas ou grupo de pessoas em um mesmo momento (Mello Jorge et al., 1992).

Uma ressalva a ser considerada é a grande dificuldade existente em definir e interpretar "*gold standards*" para a performance de hospitais. A alternativa é acompanhar indiretamente o desempenho ao longo do tempo, na própria instituição e comparativamente a outros hospitais, através de indicadores.

Azevedo por sua vez, destacou "a complexidade e os cuidados que devem acompanhar qualquer tentativa de comparação entre a qualidade de distintos serviços de saúde por similares que pareçam, iguais a um primeiro exame".

Para facilitar as comparações de dados e informações dentro dos hospitais e entre hospitais, a terminologia, as definições, o vocabulário e a nomenclatura utilizada devem estar acordados e padronizados, de maneira uniforme.

Os dados devem ser codificados para que possam ser armazenados de forma compacta e recuperados mais rapidamente. A Classificação Internacional de Doenças é um exemplo de codificação bem conhecido por profissionais de saúde. Inicialmente criada para a codificação de causas de morte, posteriormente foi expandida para uso nos diagnósticos das saídas hospitalares.

Nesse contexto, é importante salientar que o indicador é uma variável, característica ou atributo de estrutura, processo, estratégico ou resultado que é capaz de sintetizar,

representar, ou dar maior significado ao que se quer avaliar, sendo válido, portanto, num contexto específico. Neste Plano, será utilizado um conjunto de indicadores que deverá mensurar a melhoria do desempenho do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (**HERSO**) e sua efetividade no contexto da atenção à saúde, humanização, ensino e pesquisa e gestão administrativa e financeira.

O estabelecimento de uma linha de base que permita situar o Hospital em relação a esses quesitos será imprescindível para estabelecer condições de avaliar seu desempenho.

Para tanto, INSV propõe a utilização, no decorrer da sua gestão, dos indicadores relacionados a seguir, os quais estão divididos em Indicadores de Resultado (RES), Indicadores de Estrutura (ESTR) Indicadores de Processos (PROC) e Indicadores Estratégicos. Todavia, ressaltamos que os indicadores propostos serão parametrizados e reavaliados no período de um ano ou sempre que necessária a implantação de outros meios de mensuração de desempenho.

Projetos táticos e operacionais a serem realizados a alcançar e definição das estratégias de implantação.

Os projetos a serem executados dentro da unidade hospitalar são classificados da seguinte forma: projetos táticos e projetos operacionais.

Os **projetos táticos** são resultados de planejamentos táticos, ou seja, são resultados de um planejamento estratégico elaborado pela alta direção da Unidade Hospitalar, e são responsáveis por criar metas e condições para que as ações estabelecidas no planejamento estratégico sejam plenamente atingidas. As decisões, acompanhamentos e execução dos projetos táticos são realizadas por colaboradores com funções executivas, tais como gerentes e superintendentes. Já que o planejamento estratégico será elaborado pela direção do Hospital, cujo **planejamento contemplará o período de 04 anos**, que é o tempo estimado do Contrato de Gestão.

Tais projetos táticos têm curta duração, ou seja, entre a elaboração do projeto, execução e **conclusão devem levar até 3 anos,** cujas ações são avaliadas e mensuradas ponto-a-ponto, a fim de atingir os resultados esperados até o final do contrato de gestão.

Cronograma de execução

PROJETOS TÁTICOS	PRAZOS
Metas contratuais	1º ao 3ºano de gestão
Indicadores de produção	1º ao 3ºano de gestão
Programa de melhorias	1º ao 3ºano de gestão
Implementos de serviços	1º ao 3ºano de gestão

Custos operacionais

Será designado percentuais de custos validados pela superintendência da OS para as ações táticas necessárias por priorização de saldo e ou captações de recursos oriundos de outra fomente de fomento dentro da legislação vigente.

Já com relação aos **projetos operacionais** são efetivamente os projetos que serão executados em prazos mais curtos, **entre 6 e 12 meses de execução.** Esses projetos operacionais são compostos por ações que visam o atingimento do projeto tático (planejamento tático), e cujos resultados são muito específicos.

Cronograma de execução

PROJETOS OPERACIONAIS	PRAZOS
Planejamento tático	1º ao 3ºano de gestão em media 6 a 12 meses
Execução do planejamento tático	1º ao 3ºano de gestão em media 6 a 12 meses
Monitoramento e avaliação	1º ao 3ºano de gestão em media 6 a 12 meses
Proposta de melhorias	1º ao 3ºano de gestão em media 6 a 12 meses

Custos Operacionais

Será designado percentuais de custos validados pela superintendência da OS para as ações táticas necessárias por priorização de saldo e ou captações de recursos oriundos de outra fomente de fomento dentro da legislação vigente.

Esses projetos operacionais são realizados pelos colaboradores operacionais, sejam os analistas administrativos, maqueiros, farmacêuticos, enfermeiros e demais funcionários operadores, que lidam diretamente com os problemas e com o atendimento ao público.

Para implementar esses projetos táticos e operacionais é necessária uma estratégia de atuação. A estratégia de atuação passa essencialmente pelo planejamento. Portanto, a chave de sucesso para um bom projeto tático e operacional é realizar perfeitamente um planejamento, em todas as suas etapas e atividades.

Após a definição dos objetivos, premissas e restrições do projeto tático e/ou operacional, é necessário o desenvolvimento da estratégia do projeto, ou seja, reconhecer os recursos e meios para atingimento dos resultados.

Com isso, o planejamento do projeto é composto pelas seguintes atividades:

- **Planejamento de escopo:** definir o escopo do projeto, com justificativa, definição de produtos e subprodutos do projeto, objetivos, premissas, dentre outros itens para delimitar perfeitamente o projeto;
- **Planejamento de tempo:** definir as atividades e ações na linha do tempo, demarcando cada ação como pré-requisito de outra, dando prazo de início e prazo fim, para que o projeto seja realizado dentro do prazo estipulado e acordado com os patrocinadores. Para isso, é necessária a definição de um cronograma que deverá ser atualizado diretamente pelo gerente do projeto;
- **Planejamento dos custos:** todo projeto pode conter ou não custos, sejam eles financeiros ou materiais a serem utilizados. Portanto, a elaboração de um orçamento é predial, e que deve levar em consideração ao orçamento/planejamento de despesas aqui demonstradas no Plano de Trabalho;
- **Plano de gerenciamento da qualidade do projeto:** definir os critérios de medição de cada projeto, passando pelos itens de controle e verificação de cada projeto, bem como acompanhando seus resultados;
- **Plano de recursos humanos:** definir a matriz de responsabilidade do projeto, com histograma, ou seja, definir os papéis e responsabilidades de cada recurso envolvido direta e/ou indiretamente no projeto;
- **Planejamento de comunicação:** comunicar cada fase do projeto aos patrocinadores é fundamental, bem como a comunicação entre os recursos que atuam diretamente no

projeto, de forma que haja redução de ruídos na comunicação do projeto e redução de riscos/falhas de comunicação;

- **Planejamento de riscos:** identificar, quantificar e qualificar os riscos do projeto são atividades importantes, não somente os riscos negativos, mas os riscos positivos, que podem afetar o tempo de execução, os custos do projeto e os resultados esperados futuros dos planejamentos tático e/ou operacionais;
- **Planejamento de compras e contratações**: esse planejamento afeta diretamente os custos do projeto, bem como no tempo de execução do projeto.

Dessa forma, o planejamento das atividades é uma opção de estratégia a ser utilizada, com objetivo principal de atingimento de resultados. Devemos levar novamente em consideração que a qualidade da prestação do serviço público na saúde é o mote principal para a estratégia de atuação na elaboração de projetos táticos e operacionais, pois concentra em sua essência o atendimento público de saúde ao usuário.

Isto posto, a gestão dos custos e os resultados são apresentados na proposta de trabalho como objetivo principal nortear as ações, atividades, processos e procedimentos para a realização da gestão financeira, operacional e de resultados da unidade, objeto deste Edital. Deve-se levar em conta também um outro pilar importante que é o atendimento com qualidade e eficiência ao público, que se traduz em um dos principais princípios e deveres do Estado, conforme ditames da Constituição Federal de 1988.

Assim, serão utilizadas modernas ferramentas de gestão de projetos, para colocar em prática os programas e projetos a serem implantados e implementados, nas mais diversas áreas do **HERSO**. As ferramentas de gestão que serão utilizadas pelos gestores do **HERSO** são: gerenciamento de projetos, plano de ação 5W2H, análise SWOT, análise e ciclo do PDCA, análise da curva ABC, diagrama de causa e efeito, dentre outras ferramentas importantes que buscam, incessantemente, resultados satisfatórios.

Estas ferramentas serão devidamente implementadas e acompanhadas pelo departamento de gestão da qualidade, composta por profissionais internos e externos ao **HERSO** através de avaliações, consultorias e auditorias em qualidade de processos. Assim sendo, será implantado o departamento de gestão da qualidade, cujo quadro de funcionários será composto por um gestor da qualidade e 02 analistas da qualidade, devidamente vinculados ao Departamento Administrativo/Financeiro. Este departamento ficará responsável por realizar as rotinas de gestão de projetos, bem como realizar treinamentos de capacitação aos usuários chaves dos demais departamentos da unidade, visto que, esses usuários chaves serão os recursos humanos a serem utilizados para a gestão de projetos internos, dentro de

sua área de atuação, com foco exclusivo na excelência em qualidade da prestação de serviços de educação.

Além disso, terão equipes de trabalho que serão responsáveis pelo planejamento e controle de custos, através de planos de trabalho que buscam redução de custos financeiros da unidade. O departamento de Gestão da Qualidade será implantado em até **03 meses após a assinatura do contrato,** caso o **INSV** vença o certame, visto que a equipe será responsável por mapear e selecionar os principais projetos e programas que serão implementados ao longo do contrato de gestão.

Cada projeto e programa terá um cronograma de atividades e ações a serem implementadas, utilizando a metodologia de gestão de projetos, através dos conhecimentos adquiridos pelo PMI – Project Management Institute. Com isso, cada projeto também contemplará uma matriz de responsabilidade (papéis e responsabilidades de cada recurso participante), cronograma de execução de tarefas, controle de custos financeiros e orçamentários, desde que respeitem as naturezas e valores definidos na proposta financeira, que se encontra anexa a este Plano de Trabalho. Além disso, haverá também um controle de comunicação interna e externa, onde os patrocinadores internos e externos, neste último composto por gestores públicos da Secretaria Estadual de Saúde, que acompanharão os projetos a serem implementados, através de reuniões de ponto de situação e acompanhamento dos cronogramas previamente definidos e acordados.

Dessa forma, haverá um **acompanhamento da visão de futuro** de cada projeto a ser implementado, sempre observando a conjuntura atual e os possíveis cenários que serão mapeados e apresentados tanto aos patrocinadores internos, estes compostos pela alta gestão da Organização Social que administra/gere a unidade quanto aos patrocinadores externos, compostos essencialmente pelos gestores públicos da Secretaria Estadual de Saúde.

Quando se fala em gestão de projetos, uma das ferramentas altamente utilizadas é o ciclo PDCA. Todos os projetos implantados utilizarão essa ferramenta, pois cada ação realizada deverá ser acompanhada através de planejamento, implementação, checagem/verificação de resultados esperados, ou não, e aplicação de novo planejamento/ação. Essa ferramenta será largamente utilizada em todos os departamentos da unidade. Como demonstrado anteriormente, está e as demais ferramentas de gestão serão apresentadas aos funcionários e aos usuários chaves de cada departamento, por meio de treinamentos e capacitação, realizados pelos funcionários próprios do Departamento de Gestão da Qualidade.

Os projetos específicos que poderão ser implementados, tais como eventos ou simpósios, feiras, exposições, dentre outros eventos, serão acompanhados e geridos através da ferramenta 5W2H. Essa ferramenta é altamente útil na gestão de projetos, pois através de

um formulário específico que contempla as seguintes questões (O que, Quando, Onde, Como, Por que, Quem e Quanto) é que cada projeto será analisado, após o seu devido mapeamento pela área fim, se será implementado ou descartado, visto que além desses questionamentos, deverão ser observados a relevância, a importância, o custo e os resultados esperados desses projetos específicos, pois o resultado final deverá ser traduzido em melhor qualidade no atendimento ao paciente que utiliza o hospital para uma melhor qualidade de vida.

Resultados factíveis

Com isso, os resultados esperados são resultados factíveis para a melhoria da qualidade no atendimento ao cidadão, na busca incessante de melhor resultado financeiro, cujas atividades e projetos sejam realizados com custo/benefício aderente à realidade que vivemos, com extremas dificuldades financeiras e com imensas necessidades a serem atendidas. Esse é um dos pressupostos definidos pelo **INSV.**

ANEXO I

EXPERIÊNCIA NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB
Superintendência de Assistência Integral a Saúde – SAIS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins que o Sr. Humberto da Silva Carvalho Junior, CPF 024.744.225-95, atuou como Diretor Administrativo do Hospital Geral de Vitória da Conquista (CNES 2402076), localizado no Município de Vitória da Conquista – BA, de 21/10/2014 à 25/02/2023 nomeado e exonerado para tal função através de publicações no Diário Oficial do Estado da Bahia nas respectivas datas.

O profissional realizava atividades gerenciais da área administrativa e multiprofissional, bem como era responsável pela tomada de decisões relacionadas ao gerenciamento completo do Hospital, desempenhando suas funções de forma satisfatória e assertiva, sem nada que desabone sua moral e idoneidade.

O Hospital Geral de Vitória da Conquista é uma unidade de saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia com 343 (trezentos e quarenta e três) leitos registrados no CNES, distribuídos da seguinte forma:

DESCRIÇÃO	LEITOS EXISTENTES
COMPLEMENTAR	
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO	3
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	12
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS PEDIATRICO	2
UNIDADE ISOLAMENTO	10
UTI ADULTO - TIPO II	40
UTI NEONATAL - TIPO II	10
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10
ESPEC - CIRURGICO	
BUCO MAXILO FACIAL	2
CIRURGIA GERAL	51
GASTROENTEROLOGIA	4
GINECOLOGIA	4
NEFROLOGIAUROLOGIA	4
NEUROCIRURGIA	5
ONCOLOGIA	5
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	10
PLASTICA	2
TORACICA	2
ESPEC - CLÍNICO	
CARDIOLOGIA	
CLÍNICA GERAL	
HEMATOLOGIA	
NEFROUROLOGIA	
NEUROLOGIA	
ONCOLOGIA	
PNEUMOLOGIA	

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330800
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"
Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3086.9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

OBSTETRICO	
OBSTETRICIA CIRURGICA	1
OBSTETRICIA CLINICA	1
OUTRAS ESPECIALIDADES	
CRONICOS	6
PSIQUIATRIA	21
PEDIATRICO	
PEDIATRIA CIRURGICA	6
PEDIATRIA CLINICA	20
TOTAL DE LEITOS EXISTENTES	**343**

Fonte: CNES

Salvador – BA, 27 de março de 2023

Igor Lobão Ferraz Ribeiro
Cadastro 19604749
Superintendente / SAIS

Igor Lobão Ferraz Ribeiro
Superintendente da SAIS
Superintendência de Atenção Integral à Saúde / SESAB

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 27/03/2023

CNES: 2402076 Nome Fantasia: HOSPITAL GERAL DE VITORIA DA CONQUISTA CNPJ: 13.937.131/0062-63

Nome Empresarial: BAHIA SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AV FILIPINAS Número: S/N Complemento: JARDIM GUANABARA

Bairro: FELICIA Município: 293330 - VITORIA DA CONQUISTA UF: BA

CEP: 45023-300 Telefone: (77)3424-6060 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 020

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: JEAN MEIRA DO NASCIMENTO

Cadastrado em: 19/11/2001 Atualização na base local: 07/03/2023 Última atualização Nacional: 10/03/2023

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO	3	3
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	12	0
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS PEDIATRICO	2	2
UNIDADE ISOLAMENTO	10	10
UTI ADULTO - TIPO II	40	39
UTI NEONATAL - TIPO II	10	10

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	10
ESPEC - CIRURGICO		
BUCO MAXILO FACIAL	2	2
CIRURGIA GERAL	51	51
GASTROENTEROLOGIA	4	4
GINECOLOGIA	4	4
NEFROLOGIAUROLOGIA	4	4
NEUROCIRURGIA	5	5
ONCOLOGIA	5	5
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	10	10
PLASTICA	2	2
TORACICA	2	2
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	10	10
CLINICA GERAL	88	88
HEMATOLOGIA	2	2
NEFROUROLOGIA	2	2
NEUROLOGIA	4	4
ONCOLOGIA	4	4
PNEUMOLOGIA	2	2

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	1	1
OBSTETRICIA CLINICA	1	1
OUTRAS ESPECIALIDADES		
CRONICOS	6	6
PSIQUIATRIA	21	21
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	6	6
PEDIATRIA CLINICA	20	20

Data desativação: --

Motivo desativação: --

EXPERIÊNCIA EM SAÚDE NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

CPS MÉDICOS CMI 001/2021

Pelo presente instrumento particular de Prestação de Serviços, que entre si celebram, de um lado o **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, pessoa jurídica, sem fins lucrativos, com filial devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 13.824.560/0001-02, com sede na situada Rua Cel. Sebastião Dias, s/n, Bairro Oliveira dos Campinhos, na Cidade de Santo Amaro, Estado da Bahia, CEP: 44.200-000, através de seu Presidente do Conselho de Administração, o Sr. Valeriano José de Freitas Neto, doravante denominada **CONTRATANTE** e, do outro lado **INTERAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE LTDA**, inscrita no CNPJ/MF no 33.260.277/0001-02, situada na Rua Tuiuti, nº 211 – sala 04 – Bairro Padre Eustáquio, em Belo horizonte/MG,CEP nº 30.720-440, neste ato representada, na forma do seu contrato social pela Sra. Flávia Roberta Cançado, inscrita no CPF nº 917.898.426-20 e pelo Sr. Marcos Tadeu Candido Ribeiro, inscrito no CPF nº 683.780.336-00, daqui por diante denominada **CONTRATADA**, no final assinado na presença de 02 (duas) testemunhas que também o assinam, têm justo e contratado nos termos e estipulações das normas jurídicas incidentes neste instrumento, que mutuamente outorgam e aceitam, de acordo com as cláusulas e condições a seguir:

CONSIDERANDO a realização do Contrato de Gestão n.º FMS0157/2021 firmado entre a INSV e o Município de Betim, através do Fundo Municipal de Saúde;
CONSIDERANDO que a contratante iniciou a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde a serem realizadas no **CENTRO MATERNO INFANTIL**, em 17 de dezembro de 2021;
CONSIDERANDO a necessidade de assegurar assistência à saúde universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia;
CONSIDERANDO a impossibilidade de descontinuidade dos serviços de saúde, de natureza essencial;
Resolvem as partes firmar o presente instrumento contratual.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto do presente contrato a prestação de serviços de Diretoria Geral, com Responsabilidade Técnica Médica no **CENTRO MATERNO INFANTIL**, visando a perfeita execução do Contrato de Gestão FMS 0157/2021.

Parágrafo Primeiro – Além dos serviços estabelecidos no *caput*, a CONTRATADA prestará também as informações técnicas necessárias à implementação dos serviços, apresentando, se necessário, relatório da atividade realizada.

Parágrafo Segundo- Inexistirá subordinação da CONTRATADA perante o CONTRATANTE, sendo que a primeira atuará com absoluta independência técnica e funcional, atuando conforme as suas responsabilidades profissionais e de acordo com as necessidades do **CENTRO MATERNO INFANTIL**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PAGAMENTO

A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o valor de R$ 20.000,00 (vinte mil reais) mensais, consoante objeto descrito.

Parágrafo Primeiro: O pagamento dar-se-á no dia 20 (vinte) do mês subsequente ao período da prestação de serviço, desde que satisfeitas todas as condições de qualidade.

Parágrafo Segundo: A efetivação do pagamento dar-se-á somente após a entrega da Nota Fiscal, através de pagamento na conta da contratada, obrigatoriamente, acompanhada:

a) Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, emitida pela Secretaria da Receita Federal;

b) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) - CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal, na qualidade de Agente Operador do FGTS;

c) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT, que comprove a inexistência de débitos inadimplidos da empresa perante a Justiça do Trabalho, que é a responsável pela emissão dessa certidão;

d) Certidão Negativa de Débitos Estaduais, referente ao estado da sede ou domicílio da contratada; e

e) Certidão Negativa de Débito Ampla do Município do domicílio ou sede da contratada e do Município de Betim, quando não for o mesmo;

f) Relatório pormenorizado dos serviços prestados.

Parágrafo Terceiro: Esse valor inclui todos os custos diretos e indiretos, seguros, tributos, impostos, taxas, tarifas, ônus ficais e trabalhistas, bem como quaisquer outras despesas necessárias à execução do objeto deste contrato.

Parágrafo Quarto: A CONTRATADA é responsável pela correção dos dados apresentados, bem como por erros ou omissões.

Parágrafo Quinto: Nenhum pagamento isentará a CONTRATADA do cumprimento de suas responsabilidades contratuais.

Parágrafo Sexto: Os pagamentos descritos nas cláusulas acima estarão condicionados ao recebimento por parte da CONTRATANTE, dos recursos repassados previstos no Contrato de Gestão firmado entre a CONTRATANTE e o MUNICÍPIO DE BETIM referente ao CENTRO MATERNO INFANTIL.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O presente instrumento contratual vigerá pelo prazo até 12 (doze) meses contados a partir do dia 29/12/2021, considerando o início da prestação do serviço, podendo ser prorrogado a critério das partes, caso haja prorrogação do Contrato de Gestão em comento, mediante Termo Aditivo, respeitando os limites legais, bem como a vigência do Contrato de Gestão.

CLAUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

4.1 Cabe á CONTRATADA:

I - Atendimento com presteza e igualdade aos usuários dos serviços objeto deste Contrato;

II - Execução dos serviços dentro do plano de trabalho convencionado com o CONTRATANTE e das normas técnicas e sanitárias estabelecidas pelo SUS;

III - Responsabilidade técnica pela prestação dos serviços médicos desenvolvidos na Unidade;

IV - Zelar pela boa conservação das instalações, equipamentos, máquinas, ferramentas ou quaisquer outros equipamentos que lhe forem confiados, comunicando as anormalidades notadas;

V - Manter, durante todo o período de vigência do Contrato, todas as condições que ensejaram a sua contratação, particularmente no que tange a qualificação técnica, qual seja: a inscrição válida no Conselho Regional de Medicina e demais órgãos que regulamentam o exercício da atividade;

VI - Prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pela CONTRATANTE, atendendo prontamente a todas as reclamações;

VII - Submeter-se a fiscalização a ser realiza pela CONTRATANTE, ou qualquer órgão fiscalizador externo, relativa a prestação dos serviços pactuados, conforme as regras estabelecidas nos protocolos internos de padronização da CONTRATANTE e da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/MG;

VIII - Responsabilizar-se por todos os documentos entregues pela CONTRATANTE, enquanto permanecerem sob sua guarda para a consecução dos serviços pactuados, respondendo pelo seu mau uso, perda, extravio ou inutilização, mesmo se tal ocorrer por ação ou omissão próprias de seus prepostos ou quaisquer pessoas que a elas tenham acesso, especialmente o prontuário médico dos pacientes, conforme determinação do Código de Ética Médica;

IX – Comunicar prontamente à CONTRATANTE sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços eventualmente contratados;

X - É proibida a utilização de formulários e materiais cedidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA para fins diversos daqueles aos quais se destina o presente contrato.

Parágrafo Primeiro: A CONTRATADA declara conhecer e concordar com as rotinas previstas nos Manuais Operacionais da CONTRATANTE, assumindo a responsabilidade pelo cumprimento das suas previsões, bem como das atualizações que vierem a ser futuramente implementadas, de forma a facilitar o acompanhamento da CONTRATANTE na sua execução.

Parágrafo Segundo: Responder ética, civil e penalmente por eventuais danos a que der causa, através da sua pessoa jurídica, seus representantes legais ou prepostos, reparando a CONTRATANTE por qualquer prejuízo que esta possa sofrer em decorrência de suas ações e/ou omissões que implicarem ou resultarem em dano de qualquer natureza, inclusive na forma prevista no art. 927 do Código Civil.

4.2 Cabe à CONTRATANTE:

I - Realizar os pagamentos devidos nas datas aprazadas e pactuadas pelo presente instrumento;

II - Orientar e acompanhar a execução deste contrato;

III - Notificar, por escrito, a CONTRATADA, sobre qualquer irregularidade verificada na execução dos serviços;

IV - Exigir o cumprimento de todos os compromissos assumidos pela CONTRATADA, de acordo com as cláusulas contratuais e o termo de sua proposta;

V - Efetuar o pagamento conforme as condições e prazos estipulados neste contrato.

CLÁUSULA QUINTA – DAS SANÇÕES

5.0 O descumprimento total ou parcial, por parte da CONTRATADA, das obrigações estabelecidas neste Contrato, ficará sujeito às seguintes penalidades, garantida a prévia defesa:

I – multa pelo descumprimento de cláusula contratual: 2,5% (dois vírgula cinco) sobre o valor contratual;

II–multa por desatendimento das determinações do funcionário da CONTRATANTE designado para acompanhar e fiscalizar a execução do contrato: 2,5% (dois e meio por cento) sobre o valor contratual;

III – multa pela inexecução parcial do contrato: 10% (dez por cento) sobre o valor contratual;

IV– multa pela inexecução total do contrato: 20% (vinte por cento) sobre o valor contratual;

Parágrafo Único: As sanções previstas neste *caput* não se incidem sobre a obrigação de pagar, face à penalidade específica.

CLÁUSULA SEXTA - DA RESCISÃO

6.0 O presente contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, mediante o aviso prévio de 30 (trinta) dias, sem qualquer ressarcimento pelas parcelas já pagas e sem prejuízo daquelas que estiverem em atraso.

6.1 A notificação deverá ser formalizada por escrito e a contagem do prazo iniciar-se-à na data de seu recebimento pela outra parte.

6.2 No caso de atraso no pagamento superior à 05 (cinco) dias do vencimento, a CONTRATADA notificará a CONTRATANTE, a suspensão dos atendimentos até a quitação integral do débito em aberto, devendo esta efetuar a devida quitação pendente com os encargos estabelecidos no Parágrafo Sexto da Cláusula Segunda, ficando estabelecido que o atraso superior a 30 dias consecutivos poderá incidir no cancelamento imediato do contrato.

6.3 Será considerado justa causa para a rescisão contratual, além dos previstos em lei, independente de aviso, notificação ou interpelação judicial:

a) Falência, concordata, dissolução ou liquidação de qualquer das partes;

b) Inadimplência, por uma das partes, de quaisquer obrigações previstas no contrato, salvo em decorrência de caso fortuito ou força maior;

c) Subcontratação ou cessão parcial ou total deste contrato a terceiros, sem autorização expressa da outra parte;

d) Descumprimento de qualquer das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento.

e) As Partes acordam e estabelecem que o CONTRATO também poderá ser rescindido caso o Contrato de Gestão firmado entre a CONTRATANTE e Município de Betim, referente ao CENTRO MATERNO INFANTIL onde o fornecimento é realizado, seja rescindido, por qualquer motivo e a qualquer tempo. Neste caso, a CONTRATANTE notificará formalmente a CONTRATADA neste sentido, não havendo, nesta hipótese cominação de multa ou indenização em razão de tal rescisão antecipada.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS CASOS OMISSOS

Fica estabelecido que, caso venha a ocorrer algum fato não previsto no instrumento, os chamados casos omissos, estes deverão ser resolvidos entre as partes, respeitados o objeto deste Contrato o Código Civil vigente, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

CLÁUSULA OITAVA - DO REAJUSTE DE PREÇOS

O preço proposto não poderá sofrer reajustes antes de decorrido o período contratado.

CLÁUSULA NONA - DO SIGILO E DA CONFIDENCIALIDADE

Comprometem-se as partes a não divulgar a terceiros quaisquer informações obtidas durante a vigência do Contrato, toda e qualquer informação não disponível ao público, revelada, fornecida, comunicada ou obtida, seja verbalmente ou por escrito, de técnicas, estratégias, projetos, metodologias, plantas, visão de negócio, formato de funcionamento, serviços a serem prestados, informações sobre soluções planejadas ou realizadas, e outras informações técnicas, financeiras ou comer ciais, bem como a forma de apresentação das soluções e abordagem de comunicação além de todos os documentos relativos ao Contrato, bem como quaisquer outras informações reveladas por uma das Partes, na pessoa de seus representantes ou contratados, para a prestação dos serviços.

CLÁUSULA DÉCIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS

10.0 Considerando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) – Lei. 13.709/18, art. 3º, inciso I e II, bem como o art. 7º, § 6º, também da LGPD, torna-se medida adequada às partes observarem os princípios e fundamentos de proteção de dados pessoais, notadamente dados sensíveis, ainda que a forma de tratamento dispense o consentimento do titular dos dados. Sendo assim, as PARTES acordam que o tratamento e compartilhamento de dados que envolvam a prestação dos serviços previstos neste Instrumento seguirá os dispositivos legais da LGPD, bem como poderá ocorrer a transferência de dados para terceiros, em casos justificados, para o cumprimento contratual, bem como para cumprimento de ordem legal ou determinação de autoridades judiciárias e administrativas.

10.1 Se qualquer das partes tolerar ou permitir, mesmo por omissão, a inobservância, no todo ou em parte, de qualquer das cláusulas e condições deste Contrato e/ou de seus anexos, tal fato não poderá liberar, desonerar ou, de qualquer forma, afetar ou prejudicar essas mesmas cláusulas e condições, as quais permanecerão inalteradas, como se nenhuma tolerância houvesse ocorrido.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Betim - Minas Gerais para dirimir as questões oriundas da execução deste instrumento, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E assim por estarem de acordo, ajustadas e contratadas, após lido e achado conforme, as partes, a seguir, firmam o presente Contrato, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Betim/MG, 17 de dezembro de 2021.

Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos - INSV - Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória
(CONTRATANTE)

Interação Gestão em Saúde Ltda
(CONTRATADA)

Testemunhas:

_____

Nome

CPF

_____

Nome

CPF

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Acompanhamento de Contratos de Gestão

À Subsecretaria de Acompanhamento de Contratos de Gestão,

C/v à Superintendência de Acompanhamento de Contratos de Gestão,

DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Em resposta ao solicitado pela Organização Social de Saúde Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória - INSV (46105695), em que solicita a emissão de um Atestado de Capacidade Técnica referente à operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde prestadas no Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia da Baixada Fluminense Vereador Melchiades Calazans, por intermédio do Contrato de Gestão 010/2021.

Declara-se para os devidos fins que a OSS INSV, entidade sem fins lucrativos, sediada na Av. das Américas, 1155 sala 1802 - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ, 22631-000, CNPJ/MF 13.824.560/0008-89, presta serviços de administração, gestão, operacionalização e gerenciamento hospitalar e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia da Baixada Fluminense Vereador Melchiades Calazans, desde 26 de novembro de 2021, por força do Contrato de Gestão nº 010/2021.

Número do Contrato de Gestão formalizado com a Organização Social de Saúde: 010/2021

Unidade de Saúde gerida: Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia da Baixada Fluminense Vereador Melchiades Calazans

Endereço da unidade: Rua João de Castro, nº. 1250, Cabuis, Nilópolis, CEP 26.540-390

Vigência contratual: 26/11/2021 a 26/12/2022

3º Termo Aditivo: prorrogou a vigência por 13 (treze) meses a contar de 27/12/2022 a 27/01/2024

Perfil de atendimento: O Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia da Baixada Fluminense Vereador Melchiades Calazans exercerá papel de Centro de Referência e Excelência destinado ao atendimento de: a) Ortopedia e traumatologia de emergência e/ou urgência programada de média e alta complexidade, realizando procedimentos operatórios altamente especializados de trauma, coluna, joelho, mão, ombro, quadril, pés e tornozelos referenciados; b) Fisioterapia e reabilitação para suporte aos usuários atendidos na instituição; c) Cuidados intensivos para suporte aos usuários atendidos no perfil da instituição; d) Tratamento de Grandes queimados, incluindo terapia intensiva.

Capacidade instalada:

a) Leitos de internação - 84

b) Leitos de terapia intensiva - 06;

c) Salas cirúrgicas - 06;

d) Sala de recuperação pós-anestésica - 01 sala com 03 leitos;

e) Leitos de Enfermaria Cirúrgica - 5;

f) Leitos Centro de Tratamento de Queimados - 09;

g) Centro de Imagens com Radiologia Geral;

h) Tomografia Computadorizada;

i) Ultrassonografia; Ecocardiograma; Consultórios - 04;

j) Sala de gesso - 01.

Dados de produção realizada no período referente aos Indicadores Quantitativos e Qualitativos:

Procedimento		Meta/Mês	nov./21	dez./21	jan./22	fev./22	mar./22	abr./22	mai./22	jun./22	jul./22	ago./22	set./22
	Queimados	10/10/10	0	8	2	10	11	13	42	21	20	14	21
	Artroplastia total e parcial de joelho	05/10/20	0	2	1	2	7	18	12	12	12	14	16

GRUPO 1: Saidas Cirúrgicas	Artroplastia total e parcial de quadril	30/40/60	1	26	17	38	57	56	45	40	40	38	30
	Artroplastia total, parcial e reversa do ombro	05/05/10	0	1	1	2	3	2	2	4	4	3	2
	Artroscopia do Joelho	40/40/70	4	60	40	77	70	65	110	112	106	96	63
	Ligamento de Joelho	30/30/50	2	24	20	49	49	46	50	49	48	36	10
GRUPO 2: Saidas Cirúrgicas	Demais procedimentos Osteomusculares de média complexidade	250/250/290	36	134	122	159	328	291	393	361	414	461	449
Atividade Ambulatorias	Consultas Médicas	n/a / 3000	157	1.879	1.190	1360	2749	2291	2.967	2.827	2.965	3.065	2.689
SADT - GRUPO 1	Ecocardiografia com Doppler Colorido	n/a / 200 / 400	1	219	139	241	262	300	363	367	485	585	624
	Ecocardiografia com Doppler Vascular	n/a / 300 / 500	45	96	61	199	355	275	241	232	309	480	407
	Ultrassonografia com Doppler	n/a / 600 / 800	29	218	126	285	412	277	102	90	117	515	459
	Tomografia com e sem contraste	n/a / 500 / 600	90	611	652	653	525	0	0	0	0	0	0
SADT - GRUPO 2	Angiotomografia	n/a / 100 / 150	18	79	96	112	90	0	0	0	0	0	0
	Tomografia com Sedação	n/a / 20 / 30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Conceito			n/a	n/a	-	-	-	C	B	B	B	B	B

- De acordo com o Termo de Referência, no tocante aos Indicadores de Desempenho Qualitativos:

"A avaliação das unidades hospitalares quanto ao alcance de metas qualitativas será feita com base nos seguintes Indicadores de Desempenho, a partir do 3º mês da operação da unidade, conforme quadro abaixo:"

NÃO FOI POSSÍVEL ANÁLISE DOS INDICADORES QUALITATIVOS POIS O TERMO DE REFERÊNCIA ENCONTRA-SE ATUALMENTE EM PROCESSO DE RETIFICAÇÃO – SEI-080001/002824/2022.

Considerando o Segundo Termo Aditivo, houve uma repactuação de metas, conforme quadro abaixo:

Procedimento		Meta/Mês	out./22	nov./22	dez./22
GRUPO I: Procedimentos Cirurgicos	Nº Procedimentos Cirurgicos Osteomusculares	550	596	673	695
GRUPO II Atividades Ambulatoriais	Consultas Ambulatoriais	5000	4.694	4.801	5.211
GRPO III Produção Assistencial SADT	Ecocardiografia com Doppler Colorido	400	501	496	565
	Ecocardiografia com Doppler Vascular	500	308	288	392
	Ultrassonografia com Doppler	800	381	457	463

	Tomografia com e sem contraste/com e sem sedação	800	0	0	0
	Angiotomografia	150	0	0	0
Conceito			**B**	**B**	**B**

O Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia da Baixada Fluminense Vereador Melchiades Calazans, se localiza à Rua João de Castro, nº. 1250, Cabuis, Nilópolis, encontra-se em atendimento regular em suas atividades rotineiras de atenção à saúde da população.

Rafael Barreto

Coordenação de Acompanhamento, Fiscalização

e Avaliação Financeira dos Contratos de Gestão

ID. Funcional 5098142-0

Rio de Janeiro, 26 de janeiro de 2023

Documento assinado eletronicamente por **Rafael Lincoln Barreto**, **Coordenador**, em 27/01/2023, às 08:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **46251733** e o código CRC **C70ECCAE**.

R. México, 128, - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-142
Telefone: - www.saude.rj.gov.br

EXPERIÊNCIA EM SAÚDE NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS E INFERIOR A 100 LEITOS

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

ATESTADO CAPACIDADE TÉCNICA

O HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA BAIXADA FLUMINENSE VEREADOR MELCHIADES CALAZANS, através de seu Diretor Geral, com sede na R. João de Castro, 1250 - Cabuís, Nilópolis, 26540-390, Estado do Rio de Janeiro, neste ato representado pela Diretor Geral, Rodrigo Cardoso Ramos - CRM RJ 52.0115231-9, declara para os devidos fins que, a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS/INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV, situada na Rua Cel. Sebastião Dias, s/n, Bairro Oliveira dos Campinhos, na Cidade de Santo Amaro, Estado da Bahia, CEP: 44.215-000, Telefone: (71) 3561-0310 e Endereço Eletrônico (e-mail:) presidente@insvsaude.org, inscrita no CNPJ sob o nº 13.824.560/0001-02, presta serviços através da realização de atividades de interesse público consubstanciado na prestação de serviços técnicos especializados de operacionalização, gerenciamento e execução de atividades, ações e serviços de saúde, com fomento de ações relacionadas ao bom funcionamento do HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA BAIXADA FLUMINENSE VEREADOR MELCHIADES CALAZANS, constituinte da Rede de Atenção à Saúde do Rio de Janeiro, abrangendo ainda ações de pesquisa, promoção, prevenção, atendimento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, conforme especificações, quantitativos, regramentos e legislação aplicável, em atendimento às demandas da Secretaria Estadual de Saúde, em consonância com as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), através do **contrato de Gestão nº 010/2021.**

Capacidade Instalada HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA BAIXADA FLUMINENSE VEREADOR MELCHIADES CALAZANS

Leitos de internação - 74 Leitos;

terapia intensiva - 06;

Salas cirúrgicas - 06;

Sala de recuperação pós-anestésica - 01 sala com 03 leitos;

Leitos de Unidade Pós- Operatória - 10;

Leitos de Enfermaria Cirúrgica – 5;

CTI de Tratamento de Queimados – 09;

Centro de Imagens com Radiologia Geral,Tomografia Computadorizada,Ultrassonografia, Ecocardiograma

Consultórios - 04;

Sala de gesso;

As especialidades a serem contempladas são as previstas em lei e, minimamente, as seguintes: Medicina Interna Terapia Intensiva;

Cirurgia plástica;

Anestesiologia;

Ortopedia e Traumatologia Radiologia e Diagnóstico por Imagem;

Cirurgias traumatológicas;

Atenção de cuidados intensivos para usuários atendidos no perfil da instituição;

Medicina interna e especialidades diversas para suporte aos usuários internados; Procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (clínicos, cirúrgicos e multiprofissionais) necessários para apoio à atividade-fim, incluindo a medicina física e reabilitação.

Compete ao INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV:

Planejar e gerenciar a execução das atividades desenvolvidas no âmbito do HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA BAIXADA FLUMINENSE VEREADOR MELCHIADES CALAZANS, 24 HORAS, referentes à: Gestão financeira, gestão de pessoas, gestão assistencial e gestão operacional, em conformidade com ás determinações do **contrato de Gestão nº 010/2021.**

Participar das instâncias colegiadas junto a Secretaria Estadual de Saúde, quando convocada;

Participar ativamente do Conselho Municipal de Saúde e demais formalidades, quando solicitado;

Consolidar e gerenciar os resultados do HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA BAIXADA FLUMINENSE VEREADOR MELCHIADES CALAZANS, quanto aos indicadores e produtividade/faturamento.

Atestamos que o INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV efetua com zelo, dedicação e seriedade ás suas atividades, demonstrando desde o inicio o seu forte senso de responsabilidade, possuindo conhecimento técnico necessários na área da saúde e gestão.

Nestes termos, firmo o presente,

Nilópolis, 24 de maio de 2022

Rodrigo Cardoso Ramos
Diretor Geral

Rodrigo Cardoso Ramos
Diretor Geral
CRM: 52.01.15231-9
INSV

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINT. DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS / HOSPITAL NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, instituição sem fins lucrativos, com atuação na área de saúde, sediada na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Oliveira dos Campinhos, CEP: 44.200-000, Estado da Bahia, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02 prestou serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com atendimento hospitalar (internação), atendimento ambulatorial, atendimento de urgências e emergências (referenciada ou não referenciada) e serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo no Hospital Nossa Senhora da Vitória, mantendo de forma satisfatória, cumprindo os prazos e metas estabelecidas no Plano Operativo (POA), Anexo I, tendo como objeto a prestação de serviço assistencial de alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, em Hospital Geral de Grande porte. A prestação de serviço retro mencionada contou com: Serviços Emergência/Urgência, de Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, UTI Adulta Tipo II, UTI II Adulta, Leitos Cirúrgicos, Leitos Clínica Geral, Leitos Saúde Mental, Leito Psiquiátrico, Leito de Reabilitação, Leito de Pneumologia e Serviços Ambulatoriais. Restou inclusa na referida execução contratual gestão em Maternidade, incluindo serviços assistenciais e de apoio voltados à atenção materno-infantil; assistência ambulatorial e hospitalar multiprofissional ao pré-natal, parto, puerpério e ginecologia; assistência neonatal desde o nascimento até a alta hospitalar; e a realização de exames auxiliares de diagnose e terapia. Para tanto o Hospital conta com estrutura composta por: Leitos Pediátricos, Leitos Obstétricos Cirúrgicos, Leitos Obstétricos Clínicos e Serviços Ambulatoriais, para 76 (setenta e seis) leitos, no periodo de 25/05/2007 a 20/04/2010, em conformidade com o objeto do Contrato 24/2007.

Salvador/BA, 20/08/2019.

Naia Neves de Lucena
DIRETORA / DICON
CAD. 19.453.218-3

Naia Neves de Lucena

Diretora DICON

4ª avenida, Plataforma 06, lado B, nº. 400 – Prédio da
SESAB – Fone:

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330803
"https://see.tigo.jus.br/buscas"

Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3096 9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a pedido do(a) interessado(a), que o(a) Dr(a). **FLAVIA MEIRA GUIMARÃES BARBOSA**, CREMEB 24781, exerce o cargo de Diretor(a) Técnico(a) do HOSPITAL MUNICIPAL PROF EDGARD SANTOS - ENTRE RIOS, CNPJ nº 14.126.981/0001-22, desde 09/03/2021.

Salvador, 17 de agosto de 2023.

DENISE MARIA GOMES DE ARAUJO MONTEIRO:97159603591

Assinado de forma digital por DENISE MARIA GOMES DE ARAUJO MONTEIRO:97159603591
Dados: 2023.08.17 11:36:57 -03'00'

Denise Gomes
Coordenadora do DIRC
Departamento de Inscrição, Registro e Cadastro

Portal do Governo Brasileiro (http://brasil.gov.br)

ACESSIBILIDADE (/PAGES/ACESSIBILIDADE.JSP)

ALTO CONTRASTE

(/)

Buscar no Portal

Perguntas Frequentes
Consultas (/pages/consultas.jsp)
Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Bem vindo ao nosso novo site! Para acessar as funcionalidades que ainda não foram implementadas, favor clicar aqui. (http://cnes2.datasus.gov.br)

PÁGINA INICIAL (/) > CONSULTAS (../../CONSULTAS.JSP) > FICHA ESTABELECIMENTO

Dados Estabelecimento

CNES

2620464

CNPJ Próprio

Nome Fantasia

HOSPITAL MUN PRF EDGARD SANTOS

Tipo de Estabelecimento

HOSPITAL GERAL

Gestão

MUNICIPAL

Natureza Jurídica(Grupo)

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CNPJ Mantenedora

14.126.981/0001-22

Nome da Mantenedora

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS

Cadastrado em

11/06/2003

Atualização na Base Local

14/09/2022

Última atualização Nacional

10/03/2023

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CIRURGICO ()		
03 - CIRURGIA GERAL	17	17
ESPEC - CLINICO ()		
33 - CLINICA GERAL	30	30
OBSTETRICO ()		
43 - OBSTETRICIA CLINICA	10	10
PEDIATRICO ()		
45 - PEDIATRIA CLINICA	8	8

Voltar para o topo

Serviços

Perguntas frequentes

Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Dados abertos

Área de imprensa

Redes Sociais

Twitter (https://twitter.com/cnesms)

Youtube (https://www.youtube.com/channel/UCBUDLhhe-Mp8QDTt1Ba3LMA)

Facebook (https://www.facebook.com/cnesms)

Google+ (https://plus.google.com/113786414575352654271)

RSS

O que é?

Sobre o site

Acessibilidade (/pages/acessibilidade.jsp)

Mapa do site

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br (mailto:suporte.sistemas@datasus.gov.br)
Fale conosco: http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco (http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco)

CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS)

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADES BENEFICENTES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM SAÚDE

CEBAS SAÚDE

Certificado

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS

inscrita(o) no CNPJ Nº 13.824.560/0001-02 , está certificada(o) como Entidade Beneficente de Assistência Social na área da Saúde e, como tal, presta serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Brasília-DF, 09 de Julho de 2012

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JUNIOR
SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
MINISTRO DA SAÚDE

* Conforme Portaria SAS/MS Nº 0730, publicada no DOU em 31 de outubro de 2011

BRASIL

TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E/OU GESTÃO EM SAÚDE DOS MEMBROS DA DIRETORIA E GERÊNCIA QUE ATUARÃO NA UNIDADE, COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INTERESSE DO TITULAR

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

Índice

1. Vanderlan Souza de Almeida
2. Edmércia Matos Lopes
3. Edjaneyde Matos Lopes
4. Eliane Maria Santana
5. Gerbti Rocha Guimarães
6. Rafael Matos Lopes Santana
7. Janaína Navarros Silva
8. Luciana Barros de Almeida Lopes
9. Thiago Ribeiro da Costa Soares
10. Marina Mascarenhas Calazans

CENTRO UNIVERSITÁRIO LEONARDO DA VINCI

Recredenciado pela PORTARIA Nº 499, de 12 de junho de 2013 (DOU 13/06/2013).

Certificamos que **Vanderlan Souza Almeida**, CPF 002.494.215-42, concluiu com êxito o curso de Pós-Graduação Lato Sensu em

Gestão Hospitalar,

promovido pelo CENTRO UNIVERSITÁRIO LEONARDO DA VINCI,
no período de *01 de março de 2018 a 17 de agosto de 2019*, totalizando 400 horas.

Indaial, 02 de outubro de 2019.

Prof. MSc. Jóice Gadotti Consatti
Coordenadora Pedagógica de Pós-Graduação

Vanderlan Souza Almeida
Vanderlan Souza Almeida
Titulado

Curso de Especialização em **Gestão Hospitalar**
Histórico Escolar de **Vanderlan Souza Almeida**

Disciplina	Professor-Autor	Titulação	Carga	Frequência	Conceito
Metodologia do Trabalho Científico	Renata Silva	Mestrado	40	F/S	B
Gestão de Pessoas	María Marcela Fernández de Claro	Doutorado	40	F/S	A
Princípios de Liderança e Gestão de Equipes	Jeisa Benevenuti	Doutorado	40	F/S	B
Organização e planejamento hospitalar	Romero Fenili	Doutorado	40	F/S	A
Gestão da Qualidade Hospitalar	Carla Eunice Gomes Correa	Mestrado	40	F/S	C
Gestão e Logística Hospitalar	Jean-Pier de Vasconcellos Esquia	Mestrado	40	F/S	B
Auditoria Hospitalar	Ana Paula Poerschke	Especialização	40	F/S	B
Gestão da Saúde Pública e Privada	Leticia Ferreira Menezes	Mestrado	40	F/S	C
Administração Financeira Hospitalar	Cláudia Hernandez Crispim	Mestrado	40	F/S	B
Trabalho de Conclusão de Curso - Artigo Científico	Norberto Siegel	Mestrado	40	F/S	A
		Total de Horas	400		

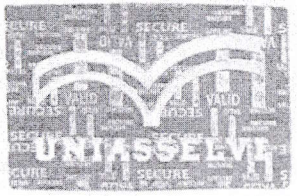
Monografia/TCC : **GESTÃO HOSPITALAR E O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: SENTIDO SAÚDE E IDOSO**
Conceito : **A**

CENTRO UNIVERSITÁRIO LEONARDO DA VINCI
Gerência Acadêmica / Registro de Diplomas
O presente curso cumpriu as disposições da
resolução Nº1, de 6 de abril de 2018.

Registro nº 166, livro D-294, folha nº 166.

Indaial, 02 de outubro de 2019.

Gerente Acadêmica



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO
Publicado em: 13/12/2021 | Edição: 233 | Seção: 1 | Página: 178
Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

DESPACHO Nº 210, DE 9 DE DEZEMBRO DE 2021

Ref. Processo Administrativo: 25000.177980/2021-00.

Interessada: Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos - Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória - INSV.

Assunto: Cumprimento de decisão judicial. Recurso administrativo interposto em face de decisão que manteve o indeferimento do pedido de renovação de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde.

Decisão: À vista do que consta dos autos e do deferimento do pedido liminar pleiteado nos autos do Mandado de Segurança nº 28192/DF (2021/0356391-8), em trâmite no Superior Tribunal de Justiça - STJ, com decisão proferida pelo Excelentíssimo Senhor Ministro Relator, Manoel Erhardt, adoto as razões expostas pela Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde, nos termos da COTA nº 08524/2021/CONJUR-MS/CGU/AGU, e SUSPENDO os efeitos do Despacho nº 183, de 5 de julho de 2021, publicado no Diário Oficial da União - Seção 1, de 08 de julho de 2021.

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES
Ministro

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

MANDADO DE SEGURANÇA Nº 28192 - DF (2021/0356391-8)

RELATOR	**: MINISTRO MANOEL ERHARDT (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF5)**
IMPETRANTE	: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA
ADVOGADOS	: GUILHERME GUERRA REIS - ES010983 RENATA APARECIDA DE LIMA - MG154326
IMPETRADO	: MINISTRO DA SAÙDE
INTERES.	: UNIÃO

DECISÃO

MANDADO DE SEGURANÇA COM PEDIDO DE LIMINAR. IMPETRAÇÃO CONTRA ATO DO MINISTRO DA SAÚDE QUE NEGOU PROVIMENTO A RECURSO ADMINISTRATIVO CONTRA DECISÃO QUE INDEFERIU A CONCESSÃO DO CEBAS. ATO FUNDAMENTADO NO DESCUMPRIMENTO DE REQUISITOS NÃO PREVISTOS EM LEI COMPLEMENTAR. AFRONTA AO ENTENDIMENTO DO STF PROFERIDO EM REPERCUSSÃO GERAL - TEMA 32/STF. RE 566.622/RS. PRESENÇA DOS REQUISITOS AUTORIZADORES. CONCESSÃO DA MEDIDA LIMINAR.

1. Trata-se de mandado de segurança, com pedido de liminar, impetrado pela SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA, com fundamento no art. 105, I, *b*, da Constituição Federal, contra alegado ato ilegal e abusivo atribuído ao Exmo. Sr. MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, consubstanciado no Despacho nº 183, de 5.7.2021, DOU de 8.7.2021 (fls. 104), em que se negou provimento ao recurso administrativo hierárquico interposto nos autos do procedimento administrativo nº 25000.131115/2012-18, contra a Portaria SAES/MS 820, de 5.7.2019, que havia indeferido a renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde – CEBAS da Impetrante.

2. A parte impetrante argumenta, em linhas gerais, que é entidade beneficente de assistência social em saúde, porquanto há farta documentação apta a demonstrar que: (a) há efetiva atuação na área da saúde, com prestação de serviço ao SUS, inclusive com a juntada de avenças firmadas com o Estado

Edição nº 0 - Brasília,
Documento eletrônico VDA30973389 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): MANOEL DE OLIVEIRA ERHARDT Assinado em: 04/12/2021 19:37:55
Publicação no DJe/STJ nº 3285 de 07/12/2021. Código de Controle do Documento: fa5d03e0-dafc-435f-9854-da217838011c

da Bahia e o Município de Santo Amaro/BA; (b) a concessão do CEBAS está condicionada ao cumprimento dos requisitos do art. 14 do CTN, conforme dispõe o art. 146 da CF/88, e do entendimento firmado pelo STF nos autos do RE 566.622 e ADI 4480; (c) são inexigíveis os requisitos dos arts. 4o. a 11 da Lei 12.101/2009, o Decreto 8.242/2014 e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28.9.2017, os quais, por se tratar de limitação ao poder de tributar, deveriam ser previstos mediante lei complementar.

3. Pleiteou, forte na argumentação desenvolvida a concessão de media liminar, nos seguintes termos:

> *Pois bem, a possibilidade do direito resta demonstrada e evidenciada pelos julgamentos da Suprema Corte acima apresentados, todos eles corroboram com a pretensão da IMPETRANTE.*
>
> *Além disso, o Estatuto Social, os Demonstrativos Contábeis e Relatório de Atividades e parecer de Auditoria Externa, expressam de forma categórica que a IMPETRANTE atende os requisitos de lei complementar (art. 14, do CTN), inclusive, as disposições da Lei nº12.101/09, naquilo que não extrapolam o conteúdo da lei complementar. Ademais, necessário destacar que em momento algum a Autoridade Coatora aponta qualquer descumprimento dos requisitos contidos no artigo 14, do Código Tributário Nacional.*
>
> *O perigo do dano advém da previsão legal de lançamento e cobrança das contribuições sociais em situação como a dos autos, em que a IMPETRANTE já teve indeferida a renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, como determinam os artigos 26, 32, 32-A e 36 da Lei 12.101/2009, dos quais destacamos o seguinte:*
>
> *(...).*
>
> *O perigo do dano, com o devido respeito, também é de evidência cristalina, pois o risco do desfalque do patrimônio da IMPETRANTE é iminente, caso não seja deferida a antecipação de tutela para suspensão dos efeitos dos atos administrativos que indeferiram a renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área da Saúde e, consequentemente, a impossibilidade da Receita Federal do Brasil de lhe cobrar qualquer contribuição social até o julgamento final da presente demanda.*
>
> *No caso específico em análise, o perigo na demora da prestação judicial pela não suspensão da exigibilidade de créditos tributários causará danos de difícil ou improvável reparação através da redução da capacidade de atendimento da IMPETRANTE e consequente redução do seu quadro funcional, o que impacta em milhares de pessoas que necessitam de seus serviços sociais de cunho assistencial à saúde. É de se evidenciar que a manutenção da ilegalidade dos atos administrativos*

praticados em desfavor da IMPETRANTE pode, até mesmo, acarretar na paralisação de suas atividades, haja vista que a mesma não possui condições de arcar com as contribuições sociais que serão devidas com o indeferimento do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social.

(...).

Destaca-se, ainda, que as atividades prestadas pela IMPETRANTE atendem ao interesse público primário, promovendo o atendimento de milhões de pessoas, como apontado nas declarações trazidas razão pela qual, a motivação inadequada da não renovação do CEBAS visando atender a interesse público secundário, qual seja, cancelar/suspender eventual imunidade tributária para aumentar a arrecadação encontra-se eivada de vício de finalidade, uma vez que o interesse público primário sempre prevalece sobre o interesse público secundário.

Dito isto, devem ser anulados os efeitos do Despacho nº 183, de 5de julho de 2021, assinado pelo Ministro de Estado da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 8 de julho de 2021, determinando-se a renovação do CEBAS em favor da IMPETRANTE, com período de vigência entre 01/01/2013 a 31/12/2015, com base em flagrante afronta ao TEMA 32 do STF, como antes exaustivamente demonstrado, assim livrando a IMPETRANTE de inevitáveis lançamentos tributários, determinados pela legislação ordinária.

Nestes termos, roga a medida liminar para cessar a obrigatoriedade de recolhimento do tributo em questão (fls. 29/33).

4. Ao fim, requereu a confirmação da liminar pela concessão da segurança garantindo à impetrante o direito líquido e certo de ter renovado o CEBAS, por entender estarem preenchidos os requisitos veiculados na legislação complementar.

5. O pedido de gratuidade de justiça foi deferido pela Presidência do STJ às fls. 1.155.

6. Sobreveio petição de aditamento à inicial (fls. 1.160/1.168), em que se traz impugnação específica a todos os itens constantes da NOTA TÉCNICA nº 25/2018/DIAN/CGCEBAS/DPR/SERES/SERES, emitida pelo Ministério da Educação, utilizados como fundamento para o indeferimento da renovação do CEBAS.

7. Aduz a impetrante que todos os itens tratam de requisitos constitutivos do direito à isenção tributária decorrente do CEBAS, os quais

segundo a CF/88 e a jurisprudência do STF somente podem ser veiculados por lei complementar, sendo que que todos, à exceção da alínea *i*, foram criados por atos infralegais, Decretos da Presidência da República, bem como aquele apontado na alínea *i*, que foi previsto na legislação ordinária. Assim, como nenhum deles constou de lei complementar, são inaplicáveis.

8. É o relatório.

9. A concessão de medida liminar em mandado de segurança exige a efetiva demonstração prévia, documental e simultânea dos requisitos previstos no art. 7°, III, da Lei 12.016/2009, a saber, o fundamento relevante (*fumus boni iuris)* e a possibilidade de ineficácia da medida, acaso deferida apenas ao fim da demanda (*periculum in mora*).

10. No presente caso, verifico que o ato apontado como coator, que indeferiu o recurso administrativo hierárquico da parte ora impetrante, ampara-se na Nota Técnica nº 345/2021-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, em que restou informado o cancelamento do CEBAS em virtude de assinalado não atendimento de requisitos previstos na Lei 12.101/2009, consoante se infere do texto a seguir transcrito (fl. 15.791):

> *7. Inicialmente, deve-se consignar que esta Nota Técnica se atém apenas aos pontos expressamente suscitados em grau de recurso, ou seja, a presente manifestação possui teor estritamente vinculado aos requisitos que motivaram o cancelamento do CEBAS na área de Saúde.*
>
> *8. O Parecer Técnico no 472/2019-CGCER/DCEBAS/SAS/MS, (SEI no. 9981903), em sua fundamentação, concluiu que a requerente não cumpriu i seguinte requisito:*
>
> ☐ *DO REGISTRO NO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES) - NÃO CUMPRE O DISPOSTO NO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART.5° DA LEI N° 12.101, DE 2009, C/C O ART. 154 DA PORTARIA DECONSOLIDAÇÃO GM/MS N° 1, DE 2017.*
>
> ☐ *DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AO SUS - NÃO CUMPRE O DISPOSTO NO INCISO III DO ART. 4° DA LEI N° 12.101, DE 2009.*
>
> ☐ *A ENTIDADE COMPROVA A PRESTAÇÃO ANUAL DE SERVIÇOS AO SUS NO PERCENTUAL MÍNIMO DE SESSENTA POR CENTO, POR MEIO DOS REGISTROS DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES, MEDIDOS POR PACIENTE DIA E ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, MEDIDOS POR ATENDIMENTO/PROCEDIMENTOS, VERIFICADOS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.: (NÃO)*

Edição nº 0 - Brasília,
Documento eletrônico VDA30973389 assinado eletronicamente nos termos do Art.1° §2° inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): MANOEL DE OLIVEIRA ERHARDT Assinado em: 04/12/2021 19:37:55
Publicação no DJe/STJ nº 3285 de 07/12/2021. Código de Controle do Documento: fa5d03e0-dafc-435f-9854-da217838011c

* NÃO COMPROVOU o preenchimento dos requisitos de certificação, relativos à área de educação.

Das Razões de Legalidade e de Mérito

9. Conforme exposto no Parecer Técnico nº 472/2019, a instituição estava, à época de sua confecção, como CNES desativado em razão de não atualização superior a 06 meses, entretanto, em sede recursal, a requerente comprovou que procedeu a sua atualização em 07/05/2021, razão pela qual ele agora encontra-se ATIVO -CNES nº 2514451 (SEI nº 0020516404). Desta forma, em sede recursal, comprovou o cumprimento ao disposto no Parágrafo Único do art. 5º da Lei nº 12.101/2009 c/c o art. 154 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017.

10. Quanto à ausência de registro da produção hospitalar medida por paciente dia, referente às competências de agosto a dezembro/2011, a requerente informou, em sede recursal, que atendeu 100% ao SUS no ano de2011 e apresentou toda a documentação comprobatória, todavia, em consulta realizada na presente data, é possível verificar que permanecem as lacunas referentes às internações hospitalares medidas por paciente dia para usuários SUS nas competências de AGOSTO a DEZEMBRO de 2011 (SEI nº 0020518912).

11. Cumpre ressaltar que, o art. 20 do Decreto nº 8.242/2014, determina que a comprovação do percentual de atendimentos SUS será apurada por cálculo percentual simples, com base no total de internações hospitalares, medidas por paciente-dia, e no total de atendimentos ambulatoriais realizados pela entidade para pacientes do SUS, verificados nos Sistemas de Informações do Ministério da Saúde.

12. Quanto ao não preenchimento dos requisitos de certificação relativos à área de educação, informamos que o presente recurso foi encaminhado ao MEC para análise quanto à sua área de competência - Nota Técnica nº 299/2019-CGCER/DCEBAS/SAES/MS (SEI nº 0010796106) que em resposta, encaminhou a Nota Técnica nº 62/2021/ESAJ/CGCEBAS/DPR/SERES/SERES, de29/04/2021, onde se manifesta de forma DESFAVORÁVEL, ao verificar que a entidade não cumpriu todos os requisitos da área educacional, nos termos da Lei nº 12.101, de 2009 (SEI 0020317614, fls. 03-11).

13. Por todo o exposto, sugere-se a manutenção de indeferimento do requerimento de renovação do CEBAS pretendido pela ora recorrente.

IV. CONCLUSÃO

14. Diante dos fatos e fundamentos acima, sugere-se o CONHECIMENTO do Recurso autuado sob o SEI nº 0010656178-SIPAR 25000.134664/2019-11, e a NÃO RECONSIDERAÇÃO da decisão proferida por meio da Portaria SAES/MS nº 820, de 05/07/2019, publicada no Diário Oficial da União Nº 132, de 11/07/2019 (SEI nº 10161058), que indeferiu a renovação do CEBAS (SIPAR nº

25000.131115/2012-18) da instituição SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS/BA, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02."

11. Não olvido que o Supremo Tribunal Federal, ao julgar os declaratórios no RE 566.622/RS, sob o regime de repercussão geral, em apreciação conjunta com as ADI's 2.028, 2.036, 2.228 e 2.621, firmou a tese concernente ao Tema 32/STF, ostentando o seguinte teor: "*A lei complementar é forma exigível para a definição do modo beneficente de atuação das entidades de assistência social contempladas pelo art. 195, § 7º, da CF, especialmente no que se refere à instituição de contrapartidas a serem por elas observadas*".

12. Eis a ementa do julgado:

> *EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO SOB O RITO DA REPERCUSSÃO GERAL. TEMA Nº 32. EXAME CONJUNTO COM AS ADI'S 2.028, 2.036, 2.228 E 2.621. ENTIDADES BENEFICENTES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. IMUNIDADE. CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS. ARTS. 146, II, E 195, § 7º, DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA. CARACTERIZAÇÃO DA IMUNIDADE RESERVADA À LEI COMPLEMENTAR. ASPECTOS PROCEDIMENTAIS DISPONÍVEIS À LEI ORDINÁRIA. OMISSÃO. CONSTITUCIONALIDADE DO ART. 55, II, DA LEI Nº 8.212/1991. ACOLHIMENTO PARCIAL.*
>
> *1. Aspectos procedimentais referentes à certificação, fiscalização e controle administrativo são passíveis de definição em lei ordinária, somente exigível a lei complementar para a definição do modo beneficente de atuação das entidades de assistência social contempladas no art. 195, § 7º, da Lei Maior, especialmente no que se refere à instituição de contrapartidas a serem por elas observadas.*
>
> *2. É constitucional o art. 55, II, da Lei nº 8.212/1991, na redação original e nas redações que lhe foram dadas pelo art. 5º da Lei 9.429/1996 e pelo art. 3º da Medida Provisória nº 2.187-13/2001.*
>
> *3. Reformulada a tese relativa ao tema nº 32 da repercussão geral, nos seguintes termos: "A lei complementar é forma exigível para a definição do modo beneficente de atuação das entidades de assistência social contempladas pelo art. 195, § 7º, da CF, especialmente no que se refere à instituição de contrapartidas a serem por elas observadas."*
>
> *4. Embargos de declaração acolhidos em parte, com efeito modificativo* (RE 566.622 ED, Relatora p/Acórdão Ministra ROSA WEBER, TRIBUNAL PLENO, DJe 8/5/2020)

13. Assim, tendo em vista que nenhum dos requisitos apontados como faltantes pela autoridade impetrada são previstos em lei complementar,

incide o entendimento acima firmado pelo STF em sede de repercussão geral, de modo a demonstrar a existência da fumaça do direito pleiteado.

14. De outra parte, a não renovação do CEBAS traz um impacto negativo gigantesco para a parte impetrante, no que tange ao seu funcionamento e até mesmo à sua existência, porquanto a iminente cobrança de valores devidos a título de contribuição social pela impetrante, em virtude do ato impugnado, causar-lhe-á prejuízos de difícil reparação, implementando o requisito do perigo da demora.

15. Ante o exposto, defiro a medida liminar pleiteada, para suspender a eficácia do Despacho nº 183, de 5.7.2021, DOU de 8.7.2021 (fls. 104), conservando os efeitos da concessão do CEBAS à parte impetrante até o julgamento de mérito da presente impetração.

16. Notifique-se a autoridade impetrada para que apresente suas informações no prazo legal, caso assim deseje fazer.

17. Cientifique-se a AGU, nos termos do art. 7º, II, da Lei 12.016/2009.

18. Após, encaminhem-se os presentes autos ao douto Ministério Público.

19. Publique-se.

20. Intimações necessárias.

Brasília, 04 de dezembro de 2021.

MANOEL ERHARDT (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF5)
Relator

Edição nº 0 - Brasília,
Documento eletrônico VDA30973389 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): MANOEL DE OLIVEIRA ERHARDT Assinado em: 04/12/2021 19:37:55
Publicação no DJe/STJ nº 3285 de 07/12/2021. Código de Controle do Documento: fa5d03e0-dafc-435f-9854-da217838011c

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL - RFB
GFIP - SEFIP 8.40 (30/07/2021) TABELAS 44.0 (25/01/2022)

DATA: 02/06/2023
HORA: 11:54:44
PÁG : 001/001

RELATÓRIO ANALÍTICO DE GPS

COMPETÊNCIA: 05/2023

EMPRESA			INSCRIÇÃO	OUTRAS ENTIDADES		COD PAGTO	FPAS
VALORES: SEGURADOS	EMPRESA	OUTRAS ENT	DED FPAS	VALOR DA RETENÇÃO	JUROS/MULTA	TOTAL	REEMBOLSO
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA D			13.824.560/0001-02		0000	2305	639
190.597,85	0,00	0,00	13.881,12	0,00	0,00	176.716,73	0,00

OBSERVAÇÃO : PERCENTUAL DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA : 100,00 %

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito do Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o 438.205.495-87, e do outro lado o Sr. **VANDERLAN SOUZA ALMEIDA**, brasileiro, administrador, inscrito no CPF/MF sob o nº 002.494.215-42 doravante denominado CONTRATADO, estebelem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços do Contratado à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional, para os contratos de gestão em saúde, conforme preceituado pelo Conselho Federal de Administração.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando em 11 de abril de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.090,00 (dois mil, e noventa reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587
Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587
Dados: 2023.04.11 14:37:26 -03'00'

Scanned with CamScanner

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado, por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Administração da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirimir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 11 de abril de 2023.

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587
Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587
Dados: 2023.04.11 14:37:37 -03'00'

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ: 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

Vanderlan Souza Almeida.

VANDERLAN SOUZA ALMEIDA
CPF: 002.494.215-42

Testemunhas:

_____
CPF:

_____
CPF:

Scanned with CamScanner

CNH Digital

Departamento Nacional de Trânsito

QR-CODE

Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio da comparação deste arquivo digital com o arquivo de assinatura (.p7s) no endereço: < http://www.serpro.gov.br/assinador-digital >.

SERPRO / DENATRAN

METROPOLITANA

CERTIFICADO

A FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo, Instituição de Ensino Superior credenciada pela Portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019, certifica para os devidos fins que,

EDMERCIA MATOS LOPES

portador(a) do RG 0318314517 SSP/BA, concluiu o Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar" - Pós-Graduação "Lato-Sensu", de acordo com a Resolução CNE/CES Nº. 1 de 06 de Abril de 2018, com duração de 600 horas.

Ribeirão Preto, 08 de março de 2021

Antonio Marcos Neves Esteca
Secretário Acadêmico

Elder Borges da Silva
Diretor Geral

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito do Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o 438.205.495-87, e do outro lado o Sr. **EDMERCIA MATOS LOPES**, brasileira, administradora, portadora do RG n. 03.183.145-17 SSP/BA, doravante denominada CONTRATADA, estebelecem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços da Contratada à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional, para os contratos de gestão em saúde, conforme preceituado pelo Conselho Federal de Administração.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando em 11 de abril de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.090,00 (dois mil, e noventa reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549567

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado, por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Administração da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirimir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 11 de abril de 2023.

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587 Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587 Dados: 2023.04.11 14:36:51 -03'00'

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ: 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

Edmercia Matos Lopes

EDMERCIA MATOS LOPES
RG 03.183.145-17 SSP/BA

Testemunhas:

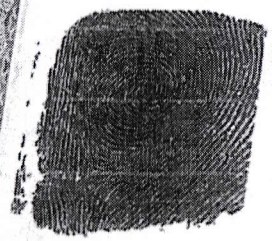
_____
CPF:

_____
CPF:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA

NÃO PLASTIFICAR



Edmercia Matos Lopes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

03.183.145-17 DATA DE EXPEDIÇÃO 23-07-2018

NOME EDMERCIA MATOS LOPES

FILIAÇÃO JOACY LOPES

EDNA MARIA MATOS LOPES

NATURALIDADE JEQUIÉ BA DATA DE NASCIMENTO 15-12-1969

DOC ORIGEM C.CAS. CM JEQUIÉ BA DS
1º OFÍCIO LV BA7 FL 235 RT 001470

CPF 594.355.265-00

ASSINATURA DO TITULAR Fernanda de Maria de A A Reis

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

FACULDADE METROPOLITANA

CERTIFICADO

A FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo, Instituição de Ensino Superior credenciada pela Portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019, certifica para os devidos fins que,

EDJANEYDE MATOS LOPES

portador(a) do RG 0664149979 SSP/BA, concluiu o Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar" - Pós-Graduação "Lato-Sensu", de acordo com a Resolução CNE/CES Nº. 1 de 06 de Abril de 2018, com duração de 600 horas.

Ribeirão Preto, 08 de março de 2021

Antonio Marcos Neves Esteca
Secretário Acadêmico

Elder Borges da Silva
Diretor Geral

Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar"

Histórico Escolar				
Disciplinas	CH	Nota	Professor	Titulação
INTRODUÇÃO À GESTÃO HOSPITALAR E SAÚDE	50 Horas	10.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
CONCEITO DE HOSPITAL	50 Horas	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
ADMINISTRADOR HOSPITALAR	50 Horas	10.0	Julia Cintra Terra	Especialista
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR E LEGISLAÇÕES	50 Horas	10.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	10.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	10.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE IMAGEM, UNIDADES FECHADAS, BANCO DE SANGUE E AMBULATÓRIO, EMERGÊNCIA E PRONTO-SOCORRO	50 Horas	10.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
PROCESSO GERENCIAL, ÁREAS PRODUTIVAS, CENTROS DE RESULTADOS E PROCESSO ASSISTENCIAL	50 Horas	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE I	50 Horas	8.0	Julia Cintra Terra	Especialista
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE II	50 Horas	8.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE III	50 Horas	10.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
HOTELARIA, HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO	50 Horas	10.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
Carga Horária Total	**600 Horas**			

Declaramos que a FAMEESP cumpriu todas as disposições da presente resolução CNE/CES nº, 1, de 06 de Abril de 2018. O curso foi realizado no período de **09 de setembro de 2020** a **08 de março de 2021**

Autenticidade do Certificado:

7accde6ea99da84dbbfb53480ca0dd85

Para verificar a autenticidade desse certificado acesse: estudesemfronteiras.com. Ou utilize o QRCode ao lado.

FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo credenciada pela Portaria EAD MEC nº 1.956 de 07 de novembro de 2019. Certificado registrado sob nº 79611, no livro 1, página 1581. Por delegação de competência do Ministério da Educação nos termos da resolução CNE/CES nº 1 de 06 de Abril de 2018.

Ribeirão Preto - SP, 08 de março de 2021

CNH Digital

Departamento Nacional de Trânsito

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

B
A

NOME
EDJANEYDE MATOS LOPES

DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF
666149979 SSP BA

CPF
002.074.875-29

DATA NASCIMENTO
04/06/1979

FILIAÇÃO
JOACY LOPES
EDNA MARIA MATOS LOPES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04803683404

VALIDADE
07/01/2025

1ª HABILITAÇÃO
29/10/2009

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JEQUIE, BA

DATA EMISSÃO
23/01/2020

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

36477167590
BA510498141

BAHIA

DENATRAN
CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1846176310

1846176310

QR-CODE

Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio do programa Assinador Serpro.

As orientações para instalar o Assinador Serpro e realizar a validação do documento digital estão disponíveis em:
< http://www.serpro.gov.br/assinador-digital >, opção Validar Assinatura.

SERPRO / DENATRAN

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito do Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o 438.205.495-87, e do outro lado o Sr. **EDJANEYDE MATOS LOPES**, brasileira, administradora, portadora do RG n. 0664149979 SSP/BA, doravante denominada CONTRATADA, estebelem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços do Contratado à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional, para os contratos de gestão em saúde, conforme preceituado pelo Conselho Federal de Administração.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando em 11 de abril de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.090,00 (dois mil, e noventa reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado,

VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO:43820549587

por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Administração da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirimir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 11 de abril de 2023.

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587 Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587 Dados: 2023.04.11 14:38:11 -03'00'

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ: 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

EDJANEYDE MATOS LOPES
RG n. 0664149979 SSP/BA

Testemunhas:

CPF:

CPF:

FACULDADE METROPOLITANA

CERTIFICADO

A FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo, Instituição de Ensino Superior credenciada pela Portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019, certifica para os devidos fins que,

ELIANE MARIA DE SANTANA

portador(a) do RG 0809258986 SSP/BA, concluiu o Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar" - Pós-Graduação "Lato-Sensu", de acordo com a Resolução CNE/CES Nº. 1 de 06 de Abril de 2018, com duração de 600 horas.

Ribeirão Preto, 08 de março de 2021

Antonio Marcos Neves Esteca
Secretário Acadêmico

Elder Borges da Silva
Diretor Geral

Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar"

Histórico Escolar

Disciplinas	CH	Nota	Professor	Titulação
INTRODUÇÃO À GESTÃO HOSPITALAR E SAÚDE	50 Horas	10.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
CONCEITO DE HOSPITAL	50 Horas	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
ADMINISTRADOR HOSPITALAR	50 Horas	10.0	Julia Cintra Terra	Especialista
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR E LEGISLAÇÕES	50 Horas	10.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	10.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	10.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE IMAGEM, UNIDADES FECHADAS, BANCO DE SANGUE E AMBULATÓRIO, EMERGÊNCIA E PRONTO-SOCORRO	50 Horas	10.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
PROCESSO GERENCIAL, ÁREAS PRODUTIVAS, CENTROS DE RESULTADOS E PROCESSO ASSISTENCIAL	50 Horas	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE I	50 Horas	10.0	Julia Cintra Terra	Especialista
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE II	50 Horas	10.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE III	50 Horas	10.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
HOTELARIA, HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO	50 Horas	10.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
Carga Horária Total	**600 Horas**			

Declaramos que a FAMEESP cumpriu todas as disposições da presente resolução CNE/CES nº, 1, de 06 de Abril de 2018. O curso foi realizado no período de **09 de setembro de 2020** a **08 de março de 2021**

Autenticidade do Certificado:

7dce17b0ae5e885a11540d019759b6da

Para verificar a autenticidade desse certificado acesse: estudesemfronteiras.com. Ou utilize o QRCode ao lado.

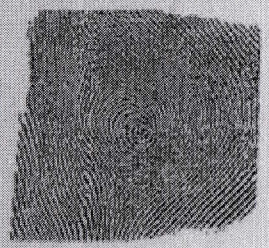
FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo credenciada pela Portaria EAD MEC nº 1.956 de 07 de novembro de 2019. Certificado registrado sob nº 88470, no livro 1, página 1758. Por delegação de competência do Ministério da Educação nos termos da resolução CNE/CES nº 1 de 06 de Abril de 2018.

Ribeirão Preto - SP, 08 de março de 2021

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PEDRO MELLO

NÃO PLASTIFICAR



Eliane Maria de Santana

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

08.092.589-86 12-04-2011

ELIANE MARIA DE SANTANA

DOMINGOS PEDRO DE SANTANA

MARGARIDA MARIA DE SANTANA

POJUCA BA 03-04-1984

C.NAS. CM POJUCA BA DS
SEDE LV A40 FL 32 RT 27593
016.090.935-00

Lucilda M.ª de Oliveira Santos

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito do Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o 438.205.495-87, e do outro lado a Sra. **ELIANE MARIA DE SANTANA,** brasileira, administradora, portadora do RG n. 0809258986 SSP/BA, doravante denominada CONTRATADA, estebelecem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços da Contratada à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional, para os contratos de gestão em saúde, conforme preceituado pelo Conselho Federal de Administração.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando em 11 de abril de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.090,00 (dois mil, e noventa reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado, por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Administração da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirimir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 11 de abril de 2023.

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587
Dados: 2023.04.12 10:01:05 -03'00'

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ: 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

Eliane Maria de Santana.

ELIANE MARIA DE SANTANA
RG: 0809258986 SSP/BA

Testemunhas:

_____
CPF:

_____
CPF:

República Federativa do Brasil

Ministério da Educação

Universidade Federal da Bahia

A Reitora da Universidade Federal da Bahia, no uso de suas atribuições e tendo presente o Relatório Final do Curso, em nível de Pós-graduação, aprovado pelo Conselho Acadêmico de Pesquisa e Extensão em 25 de fevereiro de 2013, outorga o

Certificado de Curso de Especialização em Administração Hospitalar e Sistema em Serviço de Saúde a Gerbti Rocha Guimarães

brasileiro, natural da Bahia, nascido a 20 de dezembro de 1981, filho de Josevaldo Alvares Guimarães e Marinelia Rocha Guimarães.

Salvador, 24 de julho de 2013

Gerbti R. Guimarães

Diplomado
890967385 SSP-BA

Sandro Cabral
Coordenador do Curso

Maria Celeste Reis de Melo

Maria Celeste Reis de Melo
Diretora da Secretaria Geral dos Cursos

Dora Rosa

Dora Leal Rosa
Reitora

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Registro nº 983 livro A-2 fls 97

Referente ao curso de Especialização em Administração Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde //

reconhecido pela resolução nº 201/11 aprovada em 28/01/11 CAPEX

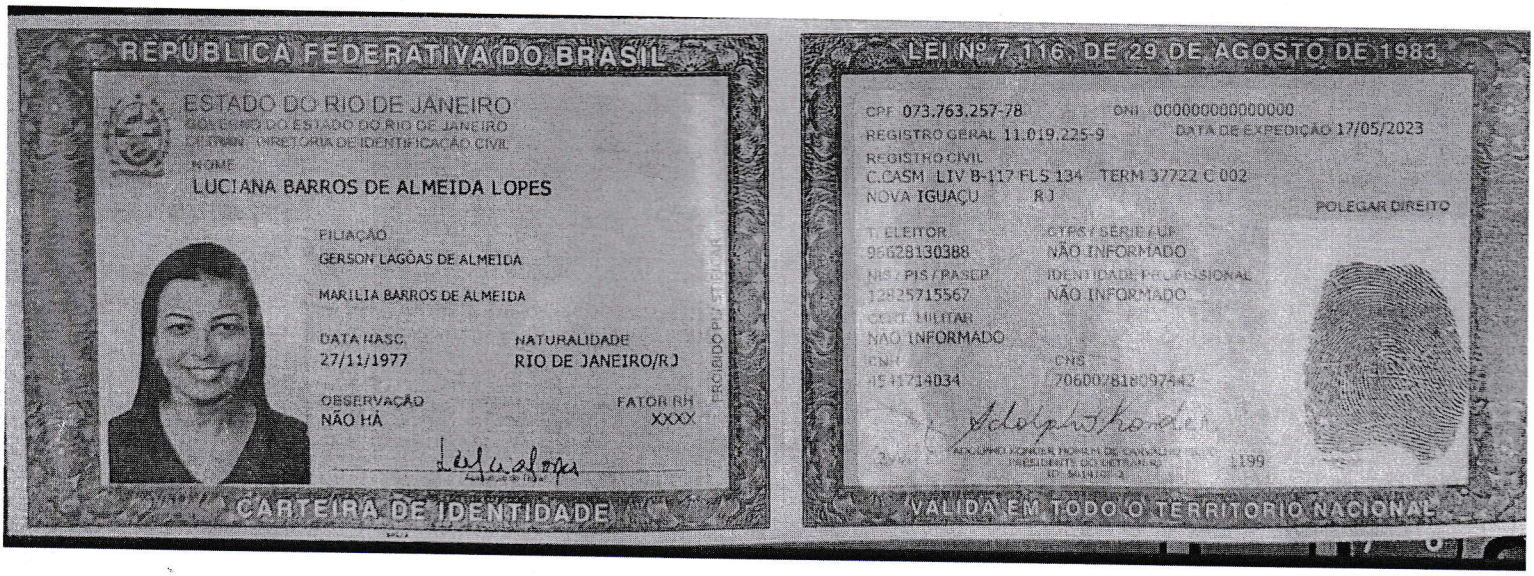
Salvador, 24 de Julho de 2013

Chefe da Seção de Diplomas e Certificados

Maria Celeste Reis de Melo
Diretora – SGC/UFBA
Delegação conforme Portaria 624/09

05722

SCANNER



4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato
de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330807
"https://see.tigo.jus.br/buscas"
Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3096.9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato
de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA. CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA. CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA. CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA. CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA. CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA. CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA. CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA.
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330806
"https://see.tigo.jus.br/buscas"
Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3096.9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

COPPE UFRJ

Faculdade Internacional de Ciências Empresariais

COPPE UFRJ PROJETO ACADÊMICO

ECOBUSINESS SCHOOL

Certificado

Certificamos que **LUCIANA BARROS DE ALMEIDA**, concluiu o Programa de Especialização em Administração e Gestão Hospitalar. Pós Graduação Lato Sensu, nos termos da resolução CNE/CES N: 01, de 03 de abril de 2001, totalizando 412 horas-aula, no período de 12 de Janeiro de 2014 à 26 de Junho de 2015 – RJ – Brasil.

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2015.

José Antônio Campos Chaves
Ecobusiness School
Presidente

Carlos Alberto Nunes Cosenza
Chefe de Área de Projetos Industriais e Tecnológicos
Programa de Engenharia de Produção COPPE UFRJ

Prof. Paulo Alonso de Oliveira
PCL - Faculdade Internacional de Ciências Empresariais
Diretor Acadêmico

Dido Avelar Maia
Instituto Brasileiro de Aplicação e Pesquisa de Engenharia
Vice Presidente de Comunicação e Valorização Profissional

Dido Avelar Maia
Presidente COPPE UFRJ

COPPE UFRJ

DIPLOMA registrado sob o nº 002629 localização AK no Sistema Informatizado de Registro de Diplomas em 13/07/2015. Processo nº SRD / 58244 / 2009 nos termos do Art. 48 Lei 9394, de 20/12/1996.

Secr. de Registro de Diplomas 13/07/2015.

Funcionário Responsável

Secretário da S.R.D.

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330805
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

ORIGINAL GERAL

Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1165, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3096.9999 I www.cartorioindioartiaga.com.br

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTHAÇA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307111556124330837
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS

RECREDENCIADO PELA PORTARIA MEC Nº 106, DE 8 DE FEVEREIRO DE 2012 – D.O.U – 9/2/2012

ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA
UniEVANGÉLICA

or do Centro Universitário de Anápolis, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do **curso de na, Bacharelado**, no **2º semestre de 2014** e termo de colação de grau em **07 de novembro de 2014**, confere o

MÉDICO

a

Thiago Ribeiro da Costa Soares

brasileiro, nascido no Estado de **Mato Grosso do Sul** no dia **22 de abril de 1985**, documento de identificação nº **4679968 - GO** e outorga-lhe o presente diploma para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Anápolis, 07 de novembro de 2014.

Carlos Hassel Mendes da Silva
Reitor UniEVANGELICA

Ana Claudia Carneiro Melo
Secretária Geral

João Baptista Carrijo
Diretor do Curso

Thiago Ribeiro da Costa Soares
Diplomado

UNINTER
CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL
Certificado

O Reitor do Centro Universitário Internacional UNINTER, no uso de suas atribuições, confere o título de especialista a

THIAGO RIBEIRO DA COSTA SOARES

tendo em vista a conclusão do curso

GESTÃO HOSPITALAR,

ministrado em nível de Pós-Graduação *Lato sensu*, o qual cumpriu todas as disposições legais da Resolução em vigência. Para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais, outorga-lhe o certificado de especialização.

Curitiba, 14 de Outubro de 2021.

THIAGO RIBEIRO DA COSTA SOARES
Especialista

BENHUR ETELBERTO GAIO
Reitor

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330836
"https://see.tigo.jus.br/buscas"

Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3096.9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

Curso de Fisioterapia

Reconhecido pela Portaria Normativa nº 40/2.007, art. 63 de 12/12/2.007, DOU de 13/12/2.007.

COFFITO
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Diploma Registrado sob o n.º 119.448
No Livro n.º 299 às fls. 151
Em 26 de agosto de 2009
Dr. ROBERTO MATTAR CEPEDA
PRESIDENTE

CREFITO - 11
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO
Nome: Isaiqton Pereira de Almeida.
Inscrição nº 119.448-F
Livro 7-F-60 Fls. 174
Em 11 de setembro de 2009
Dr. Eduardo Silvio Ravagni Nicolini
Presidente

UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTADO E DA REGIÃO DO PANTANAL
CAMPO GRANDE - MS
DIPLOMA
Registrado sob nº 4565 Livro nº 05/08
Fls. nº 168 Processo nº 0968/08
Nos termos da Lei nº 9.394/96 artigo 48, parágrafo 1º e Res. CNE 12/07 de 13/13/07 - DOU de 14/12/07.
Em 09 de Outubro de 2008
Prof. José Mahente
Chefe da Divisão de Registro de Diplomas II

2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Rua Geraldo Ney, esq. c/ Av. 24 de Outubro, nº 156 Campinas, Goiânia-GO, CEP: 74915-020 - Fone: (62) 3233-0055
www.cartorioantoniodoprado.com.br
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM ORIGINAL
Goiânia-GO, 01/02/2023, às 15:59:11 horas
JOCELIA SILVA DO NASCIMENTO - SUBOFICIAL E ESCREVENTE
Selo Eletrônico nº 00072302012803624330358

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
JOCELIA SILVA DO NASCIMENTO
Suboficial e Escrevente

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330835
"https://see.tigo.jus.br/buscas"
ORIGINAL

Scanned with CamScanner

UniEVANGÉLICA
CENTRO UNIVERSITÁRIO

Setor de Expedição e Registro de Diplomas e Certificados
Secretaria Geral de Cursos UniEVANGÉLICA

Diploma [illegible] curso de MEDICINA [illegible] pelo Portaria SERES n.º 605/2013 de 19/11/2013, [illegible] sob o n.º 009494/2014 processo n.º 0115760/2[illegible] no § 4º do Art. 2º do Decreto nº 5.786, de 24 [illegible] 2006 – [illegible] Livro 12 Fls. 089 Anápolis, 7 de novembro [illegible]

Confere: Kamilla Souza Gomes
Assistente de Expedição e Registro de Diploma e Certificado

Visto: Ana Claudia Carneiro Melo
Secretária-Geral

CREMEGO

Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

Nesta data, o presente diploma do(a) **THIAGO RIBEIRO DA COSTA SOARES** foi registrado sob o nº **18955**, de acordo com o artigo 17 da Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957.

Goiânia **02/07/2015**

DR. ALDAIR NOVATO SILVA
Presidente

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330834
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Atom, St. Deste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3098.9999 | www.cartorioindiparriaga.com.br

Nº 017162

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito do Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o 438.205.495-87, e do outro lado o Sr. **GERBTI ROCHA GUIMARÃES**, brasileiro, divorciado, administrador, portador da Cédula de Identidade nº 0900967385, inscrito no CPF/MF sob o nº 006.478.385-59, com endereço na Rua Vitória, nº 32, Bairro Mandacaru, na Cidade de Jequié/BA, CEP: 45.210-048, doravante denominado CONTRATADO, estebelem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços do Contratado à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional, para os contratos de gestão em saúde, conforme preceituado pelo Conselho Federal de Administração.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando em 01 de fevereiro de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.200,00 (dois mil, e duzentos reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

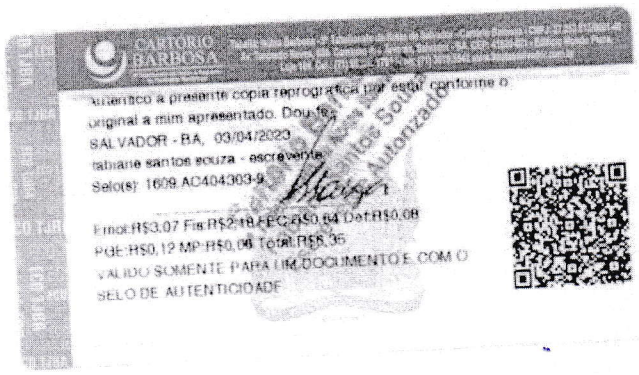
Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado, por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o

AUTENTICAÇÃO NO VERSO


CARTÓRIO BARBOSA

Autentico a presente cópia reprográfica por estar conforme o original a mim apresentado. Dou fé.

SALVADOR - BA, 03/04/2023

tabiane santos souza - escrevente

Selo(s): 1609.AD404303-9

Emol:R$3,07 Fis:R$2,18 FEC:R$0,64 Dat:R$0,08

PGE:R$0,12 MP:R$0,06 Total:R$6,35

VÁLIDO SOMENTE PARA UM DOCUMENTO E COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Administração da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirimir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 01 de fevereiro de 2023.

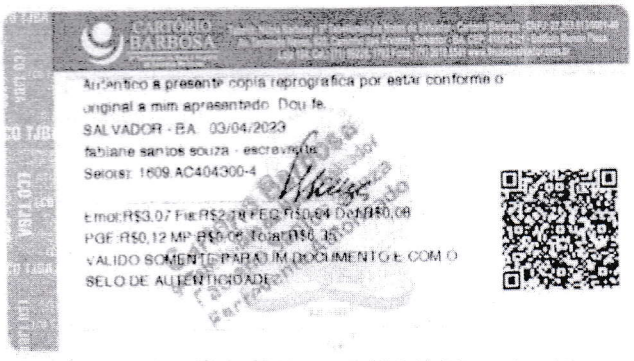
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ: 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

GERBTI ROCHA GUIMARÃES
CPF: 006.478.385-59

Testemunhas:

CPF:

CPF:



CARTÓRIO BARBOSA
Autentico a presente copia reprografica por estar conforme o original a mim apresentado. Dou fé.
SALVADOR - BA 03/04/2023
fabiane santos souza - escrevente
Selo(s): 1609.AC404300-4
Emol:R$3,07 Fis:R$2,78 FEC:R$0,04 Def:R$0,08
PGE:R$0,12 MP:R$0,06 Total:R$6,35
VALIDO SOMENTE PARA UM DOCUMENTO E COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Iseed faved

Certificado

FACULDADE DO VALE ELVIRA DAYRELL

Portaria de credenciamento: Nº 1.990 DE 19/12/2006 DOU 20/12/2006 Seção 1- p.47
SOCIEDADE DE ENSINO ELVIRA DAYRELL - SOED
CERTIFICADO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
Resolução CNE CES nº 01 de 06/04/2018

O Diretor Geral em Exercício e a Secretária Geral da Faculdade do Vale Elvira Dayrell, no uso de suas atribuições legais, certificam que Janaína Navarros Silva, RG – 3559878/GO, iniciou em 05 de maio de 2021 e concluiu em 10 de novembro de 2021, Curso de Pós-Graduação, em nível de especialização, na Área da Saúde – Gestão Hospitalar, com carga horária de 600 (Seiscentas) horas/aula.

Virginópolis, 10 de dezembro de 2021.

Diego Mesquita de Miranda	Janaína Navarros Silva	Terezinha Per
Diretor Geral em Exercício	Acadêmica	Secretária G

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330820
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Afon, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-180, Fone: 62 3086 9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

Scanned with CamScanner

JANAINA NAVARROS SILVA

Disciplinas	Carga Horária	Frequência	Aproveitamento	Professores	Titulação
METODOLOGIA CIENTÍFICA	30 horas/aula	100%	100,0	ZENON RODRIGUEZ BATISTA	DOUTOR
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	30 horas/aula	100%	100,0	MARIA DE FÁTIMA MESQUITA DE MIRANDA	MESTRE
ÉTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	40 horas/aula	100%	100,0	RICARDO PEREIRA GOMES	ESPECIALISTA
CONTROLADORIA HOSPITALAR	60 horas/aula	100%	100,0	JOSÉ MARIA DE ALMEIDA DE JUNIOR	ESPECIALISTA
GESTÃO DE PESSOAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	60 horas/aula	100%	100,0	RICARDO PEREIRA GOMES	ESPECIALISTA
GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES	60 horas/aula	100%	100,0	PRISCILA MARIA MESQUITA DE MIRANDA	ESPECIALISTA
GESTÃO FINANCEIRA E CUSTOS HOSPITALARES	60 horas/aula	100%	100,0	MARILIA CUNHA COSTA MULER	ESPECIALISTA
ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	60 horas/aula	100%	100,0	JOSÉ MARIA DE ALMEIDA DE JUNIOR	ESPECIALISTA

O curso cumpriu todas as disposições da resolução CNE/CES nº 01, de 06/04/2018. Registrado em livro de expedição de certificado do centro de pós-graduação da Faculdade do Vale Elvira Dayrell

Registro: 7.841 **Livro:** 01 **Página:** 34

Data da Colação de Grau da Graduação: 26/10/2011

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330819
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3096.9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

Scanned with CamScanner

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato
de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330829
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"
Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3096.9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

REPÚBLIC
Conselh

REGISTRO ... 53

ESPECIALISTA

PROIBIDO PLASTIFICAR

NOME CIVIL
JANAÍNA NAVARROS SILVA

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
GOIÂNIA
GO
BRASILEIRA

Edna de Souza Batista

PRESIDENTE

V 20075808

ESPECIALIDADE
ENFERMAGEM DERMATOLÓGICA

IDENTIDADE
3559878 2ªVIA

ORGÃO EXPEDIDOR
SSP-GO

CPF
784.557.901-72

DATA DE EMISSÃO
22/02/2021

FILIAÇÃO
EUNALDO BATISTA DA SILVA

NOEME NAVARROS SILVA

DATA DE NASCIMENTO
08/04/1976

DATA DE VALIDADE
22/02/2031

ASSINATURA PROFISSIONAL

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato
de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330828
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"
Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3096.9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

ADE ESTÁCIO DE SÁ DE GOIÁS

O Diretor da FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ DE GOIÁS, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de ENFERMAGEM *, em* 26/10/2011 *, confere o título de* BACHARELA EM ENFERMAGEM *a* JANAINA NAVARROS SILVA *, cédula de identidade nº* 3559878-9017020 *, órgão expedidor* DGPC/GO *, nascido(a) em* 08/04/1976 *, natural* GOIÁS *, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.*

Goiânia - GO, 24 *de* Maio *de* 2013 .

Diplomado(a)

Estácio

Diretor

Histórico Escolar

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330827
"https://see.tigo.jus.br/buscas"

Estácio

FACULDADE ESTÁCIO DE S
Histórico Escola

Nome do Aluno: JANAINA NAVARROS SILVA
CPF: 784557901-72
Identidade 3559878-9/17020
Naturalidade: GOIANIA-GO
Órgão Expedidor: DGPC/GO
Matrícula: 2007.01.91456-9
Data de Nascimento: 05/04/1979
UF Expedidor: GO

Ensino Médio:
UF:
Ano de Conclusão:
Forma de Ingresso: ENEM
Total de Pontos:
Período/Ano de Ingresso: 2007.1

DADOS DO CURSO			
Curso: ENFERMAGEM			
Titulação: BACHARELADO			
Habilitação:	Currículo: 60070101		
Reconhecimento: Reconhecido pela Portaria MEC nº 273	D.O.U.: 20/07/2011		
Renovação:	D.O.U.:		
Duração Máxima do Curso: 14	Cursados pelo Aluno: 8		

SITUAÇÃO DO ALUNO			
Horas	Total	Cumpridas	A Cumprir
MÍNIMA	3960	3960	0
Carga Horária Plena	3960	3960	0
Materias Eletivas			
Estudo dirigido	0	0	0
Optativa	0	0	-
Extra-Curriculares	-	0	-
Flexibilização	-	0	-

Período Acadêmico	TP	Disciplinas		Horas			ED	Grau	NMC	Situação Final
		Código	Nome	T	P	C				
2007.1	M*	GRA5741	HISTORIA DA ENFERMAGEM	44	0	0	0	8,0		AP
2007.1	M*	GRA5778	PSICOLOGIA	88	0	0	0	8,1		AP
2007.1	M*	GRA5780	MEIO AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE	44	0	0	0	7,4		AP
2007.1	M*	GRA5785	COMUNICACAO	44	0	0	0	6,6		AP
2007.1	M*	GRA5786	ANATOMIA MUSCULO ESQUELETICA	44	44	0	0	7,5		AP
2007.1	M*	GRA5787	MATEMATICA	44	0	0	0	6,6		AP
2007.1	M*	GRA5788	ANTROPOLOGIA E SOCIOLOGIA	88	0	0	0	7,6		AP
2007.1	M*	GRA5792	CITOLOGIA/EMBRIOLOGIA/HISTOLOGIA	44	22	0	0	7,0		AP
								C.R. do Período:		7,43
2007.2	M*	GRA5736	MICROBIOLOGIA	22	22	0	0	7,8		AP
2007.2	M*	GRA5773	FUNDAMENTOS DE ADMINISTRACAO	44	0	44	0	7,3		AP
2007.2	M*	GRA5775	ANATOMIA DE ORGAOS E SISTEMAS	44	44	0	0	7,3		AP
2007.2	M*	GRA5776	EPIDEMIOLOGIA E SAUDE PUBLICA	22	22	0	0	7,7		AP
2007.2	M*	GRA5779	FISIOLOGIA	66	0	0	0	7,9		AP
2007.2	M*	GRA5781	BIOQUIMICA	22	22	0	0	7,4		AP
2007.2	M*	GRA5782	INTRODUCAO A INFORMATICA E TECNOLOGIA	22	22	0	0	9,5		AP
2007.2	M*	GRA5784	PRIMEIROS SOCORROS	22	22	0	0	7,3		AP
2007.2	M*	GRA5794	METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTIFICO	44	0	0	0	8,0		AP
								C.R. do Período:		7,72
2008.1			Abandono de ENFERMAGEM - Currículo 20070101	0	0	0	0			
2008.2	M*	GRA5719	ATIVIDADES COMPLEMENTARES I	22	0	0	0	10,0	10,0	AP
2008.2	M*	GRA5720	PARASITOLOGIA	22	22	0	0	8,7	8,6	AP
2008.2	M*	GRA5725	SISTEMATIZACAO DO CUIDAR I	44	44	0	0	7,3	6,5	AP
2008.2	M*	GRA5728	BASES TEORICAS E TECNICAS DE ENFERMAGEM	44	44	0	0	9,3	8,5	AP
2008.2	M*	GRA5739	IMUNOLOGIA	44	0	0	0	7,3	5,1	AP
2008.2	M*	GRA5764	GENETICA E EVOLUCAO	22	22	0	0	9,1	9,0	AP
2008.2	M*	GRA5777	PROCESSO EDUCATIVO	22	22	0	0	8,4	8,2	AP
2008.2	M*	GRA5790	PATOLOGIA DE ORGAOS E SISTEMAS	66	22	0	0	7,7	7,5	AP

Estácio FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ DE GOIÁS
Histórico Escolar

Folha: 2/3

Nome do Aluno: JANAINA NAVARROS SILVA — Matrícula: 2007.01.31496-9

Período Acadêmico	TP	Disciplinas		Horas			ED	Grau	NMC	Situação Final
		Código	Nome	T	P	C				
2008.2	M*	GRA5791	FILOSOFIA E ETICA	44	0	0	0	9,3	8,5	AP
2008.2	M*	GRA5793	ESTATISTICA APLICADA	44	0	0	0	7,0	6,5	AP
								C.R. do Período:		8,27
2009.1	M*	GRA5732	BIOSEGURANCA E CENTRAL DE MATERIAL	44	22	0	0	7,8	6,1	AP
2009.1	M*	GRA5733	FARMACOLOGIA	44	22	0	0	10,0	10,0	AP
2009.1	M*	GRA5738	SISTEMATIZACAO DO CUIDAR II	22	66	0	0	8,1	6,8	AP
2009.1	M*	GRA5740	POLITICAS DE SAUDE	44	0	0	0	8,2	8,1	AP
2009.1	M*	GRA5757	SUPORTE DE VIDA EM URGENCIA E EMERGENCIA	22	22	0	0	8,9	8,5	AP
2009.1	M*	GRA5758	ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM DA PESSOA EM CENTRO CIRU	44	44	0	0	8,8	8,8	AP
2009.1	M*	GRA5770	SAUDE MENTAL	66	0	0	0	9,5	9,0	AP
2009.1	M*	GRA5783	ATIVIDADES COMPLEMENTARES II	22	0	0	0	10,0	10,0	AP
								C.R. do Período:		8,80
2009.2	M*	GRA5744	ENFERMAGEM NA SAUDE DO IDOSO	44	44	0	0	7,3	6,0	AP
2009.2	M*	GRA5745	ENFERMAGEM EM SAUDE COLETIVA	66	66	0	0	8,3	7,5	AP
2009.2	M*	GRA5746	ENFERMAGEM NA SAUDE DO ADULTO	44	88	0	0	6,8	5,5	AP
2009.2	M*	GRA5748	ADMINISTRACAO DE SERVICOS DA SAUDE	66	0	0	0	8,3	7,0	AP
2009.2	M*	GRA5771	ENFERMAGEM E SAUDE DA FAMILIA	44	0	0	0	7,3	6,8	AP
2009.2	M*	GRA5789	ATIVIDADES COMPLEMENTARES III	22	0	0	0	10,0	10,0	AP
								C.R. do Período:		7,70
2010.1	M	GRA5722	ELETIVA I	44	0	0	0	8,1	7,9	AP
2010.1	M	GRA5750	ENFERMAGEM NA SAUDE DA CRIANCA E DO ADOLESCENTE	44	110	0	0	8,7	6,5	AP
2010.1	M	GRA5755	TOPICOS ESPECIAIS EM ENFERMAGEM	44	0	0	0	7,7	6,8	AP
2010.1	M	GRA5767	ASSISTENCIA DOMICILIAR TERAPEUTICA	22	22	0	0	7,5	6,0	AP
2010.1	M	GRA5769	ENFERMAGEM NA SAUDE DA MULHER E DO RECEM NASCIDO	66	88	0	0	8,2	7,0	AP
2010.1	M	GRA5774	GESTAO EM ENFERMAGEM	22	0	22	0	7,7	7,5	AP
								C.R. do Período:		8,20
2010.2	M	GRA5723	ENFERMAGEM NO CUIDADO A CLIENTES EM ESTADO CRITICO	22	44	0	0	9,2	8,4	AP
2010.2	M	GRA5742	ESTAGIO SUPERVISIONADO I	0	330	0	0	9,0	9,0	AP
2010.2	M	GRA5760	ELETIVA II	22	22	0	0	8,5	8,0	AP
2010.2	M	GRA5768	TCC I	66	0	0	0	10,0	10,0	AP
								C.R. do Período:		9,11
2011.1	M	GRA5749	ELETIVA III	44	0	0	0	8,7	7,6	AP
2011.1	M	GRA5753	TCC II	66	0	0	0	9,5	9,5	AP
2011.1	M	GRA5772	ESTAGIO SUPERVISIONADO II	0	330	0	0	9,0	9,0	AP
								C.R. do Período:		9,05

Falta Cursar

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330826
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"
Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3096.9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

Diretora Geral: SIRLE MARIA DOS SANTOS VIEIRA

Secretário Geral: FERNANDO GOMES CARDOSO

Curso de ENFERMAGEM
Reconhecido pela Portaria MEC nº 273
D.O.U. 20/07/2011

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

DIPLOMA registrado sob o nº 0001089
Localização FGO no Sistema Informatizado
de Registro de Diplomas em 28/5/2013
Processo nº SRD/218001/2013 nos termos do
art. 48 §1º Lei 9394, de 20/12/1996.

Secr. de Registro de Diplomas 28/5/2013.

Rejane Moreira de Fris
Funcionário Responsável
Rejane Moreira de Frias
Supervisora

Secretário da S.R.D.
Eduarda Gomes N. Carvalho
Secretária de Registro
de Diplomas

SELO DE AUTENTICIDADE
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
Registro de Diplomas
137165

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ANTÔNIO ANTIAGA

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330825
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Alvo, SL Oeste, Goiânia-GO, CEP: 74120-100, Fone: 62-3095-9999 | www.cartorioantiaga.com.br

Faculdade UniBF

UniBF
FACULDADE

CERTIFICADO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor Geral da Faculdade UniBF no uso de suas atribuições, confere o Título de Especialista a

RAFAEL MATOS LOPES SANTANA

pela conclusão do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em **ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR,** *com* **420 horas,** *aprovado pelo Conselho Diretor, através da Resolução CONDI nº 002/18, de 14/05/2018 e promovido por esta Faculdade no período de 15 de setembro de 2020 a 15 de janeiro de 2021.*

Paraíso do Norte, 15 de janeiro de 2021.

Fernando Kaio Muniz Hoegen
Diretor Geral

Rafael Matos Lopes Santana
Concluinte

Digitalizado com CamScanner

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito do Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o 438.205.495-87, e do outro lado o Sr. **RAFAEL MATOS LOPES SANTANA**, brasileiro, administrador, doravante denominado CONTRATADO, estebelecem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços do Contratado à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional, para os contratos de gestão em saúde, conforme preceituado pelo Conselho Federal de Administração.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando em 11 de abril de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.090,00 (dois mil, e noventa reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado,

Digitalizado com CamScanner

por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Administração da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirimir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 11 de abril de 2023.

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587 Dados: 2023.04.11 14:38:57 -03'00'

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ: 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

RAFAEL MATOS LOPES SANTANA

Testemunhas:

CPF:

CPF:

Digitalizado com CamScanner

MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

AB

NOME
RAFAEL MATOS LOPES SANTANA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1533486581 SSP BA

CPF
046.416.765-50

DATA NASCIMENTO
28/09/1995

FILIAÇÃO
JOSE CARLOS RODRIGUES DE SANTANA
EDMERCIA MATOS LOPES SANTANA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06317075310

VALIDADE
14/03/2024

1ª HABILITAÇÃO
04/03/2015

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SALVADOR, BA

DATA EMISSÃO
19/03/2019

Rodrigo Pimentel de Souza Lima
Diretor Geral
ASSINATURA DO EMISSOR

78068680446
BA510076204

BAHIA

O TERRITÓRIO NACIONAL
17635777146

17635777146

Digitalizado com CamScanner

FACULDADE DE NEGÓCIOS
METROPOLITANA

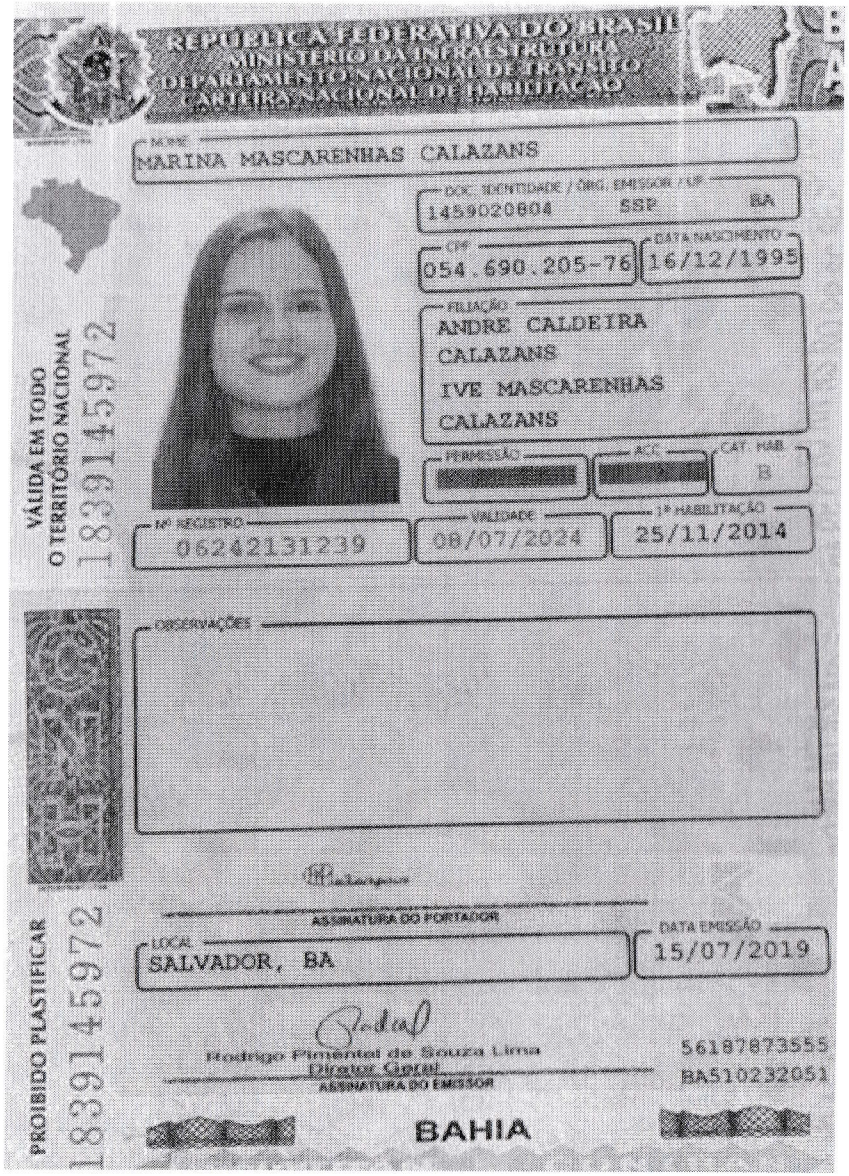
DECLARAÇÃO

A **Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo (FAMEESP)**, inscrita no CNPJ sob o n. **13.411.192/0001-70**, declara para os devidos fins que Marina Mascarenhas Calazans, portador(a) do CPF 054.690.205-76, concluiu o curso de Pós-Graduação em "MBA em Gestão Hospitalar" com carga horária de 600 horas.

Ribeirão Preto, 16 de março de 2021.

Antonio Marcos Neves Esteca

Antonio Marcos Neves Esteca
Coordenador Geral
Estude Sem Fronteiras



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARINA MASCARENHAS CALAZANS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1459020804 SSP BA

CPF
054.690.205-76

DATA NASCIMENTO
16/12/1995

FILIAÇÃO
ANDRE CALDEIRA CALAZANS
IVE MASCARENHAS CALAZANS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
06242131239

VALIDADE
08/07/2024

1ª HABILITAÇÃO
25/11/2014

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
18391459 72

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SALVADOR, BA

DATA EMISSÃO
15/07/2019

Rodrigo Pimentel de Souza Lima
Diretor Geral
ASSINATURA DO EMISSOR

56187873555
BA510232051

PROIBIDO PLASTIFICAR
18391459 72

BAHIA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito do Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o 438.205.495-87, e do outro lado a Sra. **MARINA MASCARENHAS CALAZANS,** brasileira, administradora, inscrita no CPF/MF sob o n. 054.690.205-76, doravante denominada CONTRATADA, estebelecem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços da Contratada à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional, para os contratos de gestão em saúde, conforme preceituado pelo Conselho Federal de Administração.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando em 11 de abril de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.090,00 (dois mil, e noventa reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado, por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Administração da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirimir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 11 de abril de 2023.

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587
Dados: 2023.04.11 14:40:00 -03'00'

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ: 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

MARINA MASCARENHAS CALAZANS
CPF: 054.690.205-76

Testemunhas:

CPF:

CPF:

EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO NO GERENCIAMENTO (DIREÇÃO) DE UNIDADE HOSPITALAR DA DIRETORIA OU GERÊNCIA QUE ATUARÁ NA UNIDADE COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DO INTERESSE DO TITULAR

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

Índice

1. **João Luiz Gomes de Almeida;**
2. **Gerbti Rocha Guimarães;**
3. **Humberto da Silva Carvalho Junior;**
4. **Joselice Ferreira Xavier;**
5. **Flávia Meira Guimarães Barbosa;**
6. **Wagner Ribeiro D´Oliveira Júnior;**
7. **Fabio Henrique costa de Almeida;**

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

SECRETARIA DA SAÚDE - SESAB
ASSESSORIA TÉCNICA DA DIRETORIA DE APOIO OPERACIONAL ÀS UNIDADES PRÓPRIAS – SESAB/SAIS/DGGUP/DAOUP/DGESS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICO-PROFISSIONAL

Atestamos para os devidos fins que o Sr. **JOÃO LUIZ GOMES DE ALMEIDA**, inscrito no CPF sob o nº 287.746.555-15, exerceu a função de **DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO** na unidade de saúde **HOSPITAL GERAL DE CAMAÇARI**, CNES nº **2388057**, localizado na Avenida Jorge Amado, S/N, Bairro Jardim Limoeiro, Camaçari, Estado da Bahia, CEP: 42.800-250, **de junho/2019 até fevereiro/2023**.

A unidade de saúde ora citada possui 155 (cento e cinquenta e cinco) leitos totais, desses:

- 26 – Clínica Médica
- 30 – Clínica Ortopédica
- 23 – Clínica Cirúrgica
- 40 - Clínica Vascular
- 18 – Enfermaria Day
- 08 – Pediatria
- 10 – UTI Adulto

Salvador – BA, 05 de julho de 2023.

Pablo Martin Chehu

Pablo Martin Chehu
Diretor
Diretor de Gestão de Serviços de Saúde – DGESS

Portal do Governo Brasileiro (http://brasil.gov.br)

ACESSIBILIDADE (/PAGES/ACESSIBILIDADE.JSP)

ALTO CONTRASTE

(/)

Buscar no Portal

Perguntas Frequentes
Consultas (/pages/consultas.jsp)
Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Bem vindo ao nosso novo site! Para acessar as funcionalidades que ainda não foram implementadas, favor clicar aqui. (http://cnes2.datasus.gov.br)

PÁGINA INICIAL (/) > CONSULTAS (../../CONSULTAS.JSP) > FICHA ESTABELECIMENTO

Dados Estabelecimento

CNES

2388057

CNPJ Próprio

13.937.131/0044-81

Nome Fantasia

HOSPITAL GERAL DE CAMACARI

Tipo de Estabelecimento

HOSPITAL GERAL

Gestão

DUPLA

Natureza Jurídica(Grupo)

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CNPJ Mantenedora

13.937.131/0001-41

Nome da Mantenedora

BAHIA SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO

Cadastrado em

19/11/2001

Atualização na Base Local

01/11/2022

Última atualização Nacional

06/12/2022

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR ()		
92 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	11	11
66 - UNIDADE ISOLAMENTO	6	6
75 - UTI ADULTO - TIPO II	8	8
ESPEC - CIRURGICO ()		
03 - CIRURGIA GERAL	20	20
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	30	30
ESPEC - CLINICO ()		
33 - CLINICA GERAL	20	20
OBSTETRICO ()		
43 - OBSTETRICIA CLINICA	40	40
PEDIATRICO ()		
45 - PEDIATRIA CLINICA	20	20

Voltar para o topo

Serviços

Perguntas frequentes

Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Dados abertos

Área de imprensa

Redes Sociais

Twitter (https://twitter.com/cnesms)

Youtube (https://www.youtube.com/channel/UCBUDLhhe-Mp8QDTt1Ba3LMA)

Facebook (https://www.facebook.com/cnesms)

Google+ (https://plus.google.com/113786414575352654271)

RSS

O que é?

Sobre o site

Acessibilidade (/pages/acessibilidade.jsp)

Mapa do site

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br (mailto:suporte.sistemas@datasus.gov.br)
Fale conosco: http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco (http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco)

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda CPF/MF sob o nº 438.205.495-87, e do outro lado o **Sr. JOÃO LUIZ GOMES DE ALMEIDA**, brasileiro, devidamente inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda CPF/MF sob o nº 287.746.555-15, com endereço na Rua Manoel José Pereira, Nº. 02, Associação Portão do Sol, Condomínio Joanes Boulevard, casa nº 02, Lauro de Freitas/BA. CEP 42.710-430, doravante denominado CONTRATADO, estebelecem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços do Contratado à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional, como Responsavel Técnico, para contratos de gestão em saúde.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando em 01 de junho de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.090,00 (dois mil, e noventa reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado, por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o

Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Administração da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirimir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 01 de junho de 2023.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ nº 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

Sr. JOÃO LUIZ GOMES DE ALMEIDA
CPF nº 287.746.555-15

Testemunhas:

CPF:

CPF:

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB
Superintendência de Assistência Integral a Saúde – SAIS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins que o Sr. Gerbti Rocha Guimarães, CPF 006.478.385-59, atuou como Diretor Administrativo do Hospital Geral Prado Valadares (CNES 2400693), localizado no Município de Jequié – BA, de 25/04/2017 à 09/01/2021 nomeado e exonerado para tal função através de publicações no Diário Oficial do Estado da Bahia nas respectivas datas.

O profissional realizava atividades gerenciais da área administrativa e multiprofissional, bem como era responsável pela tomada de decisões relacionadas ao gerenciamento completo do Hospital, desempenhando suas funções de forma satisfatória e assertiva, sem nada que desabone sua moral e idoneidade.

O Hospital Geral Prado Valadares é uma unidade de saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia com 307 (trezentos e sete) leitos registrados no CNES, distribuídos da seguinte forma:

DESCRIÇÃO	LEITOS EXISTENTES
COMPLEMENTAR	
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO	10
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS PEDIATRICO	2
UTI ADULTO - TIPO II	29
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10
ESPEC - CIRURGICO	
CIRURGIA GERAL	35
NEUROCIRURGIA	6
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	45
ESPEC - CLÍNICO	
CLINICA GERAL	100
NEUROLOGIA	10
OUTRAS ESPECIALIDADES	
CRONICOS	10
PSIQUIATRIA	17
PEDIATRICO	
PEDIATRIA CIRURGICA	10
PEDIATRIA CLÍNICA	23
TOTAL DE LEITOS EXISTENTES	**307**

Fonte: CNES

Salvador – BA, 27 de março de 2023

Igor Lobão Ferraz Ribeiro
Cadastro: 19604749
Superintendente / SAIS

Igor Lobão Ferraz Ribeiro
Superintendente da SAIS
Superintendência de Atenção Integral à Saúde / SESAB

DIÁRIO OFICIAL EXECUTIVO

República Federativa do Brasil - Estado da Bahia

SALVADOR, TERÇA-FEIRA, 25 DE ABRIL DE 2017 - ANO CI - Nº 22.163

EXEMPLAR DE ASSINANTE - VENDA PROIBIDA

DECRETOS SIMPLES

O GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA, no uso de suas atribuições,

R E S O L V E

manter à disposição do Ministério da Justiça e Segurança Pública, para continuar exercendo suas funções junto à Secretaria Nacional de Segurança Pública, pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, à vista do que consta do Processo nº 0100170010447, o Delegado de Polícia Civil HÉLIO JORGE OLIVEIRA PAIXÃO, matrícula nº 20.279.585-7, do Quadro da Polícia Civil da Bahia, da estrutura da Secretaria da Segurança Pública.

considerar exonerada, a pedido, com efeito a partir de 20.04.2017, DANIELE RODRIGUES DE MOURA do cargo de Assessor de Comunicação Social II, símbolo DAI-4, da Coordenação de Jornalismo, da Secretaria de Comunicação Social.

considerar nomeada, com efeito a partir de 20.04.2017, PAULA CRISTINA FROES ROCHA para o cargo de Assessor de Comunicação Social II, símbolo DAI-4, da Coordenação de Jornalismo, da Secretaria de Comunicação Social.

considerar sem efeito, a partir da data de sua edição, a nomeação de JOSÉ CARLOS BASTOS PEREIRA para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, do Hospital Geral Prado Valadares, da Secretaria da Saúde, publicada no Diário Oficial de 24.03.2017.

nomear GERBTI ROCHA GUIMARÃES para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3,do Hospital Geral Prado Valadares, da Secretaria da Saúde.

considerar exonerado, com efeito a partir de 05.04.2017, ANTÔNIO DOS SANTOS VITAL NETO, Perito Criminal de Polícia Civil, Classe Especial, matrícula nº 20.023.414-8, do cargo de Coordenador I, símbolo DAS-2C, da Diretoria do Interior, do Departamento de Polícia Técnica, da Secretaria da Segurança Pública.

considerar exonerada, com efeito a partir de 05.04.2017, DAYANA SOUZA BARBOSA, Perita Criminal de Polícia Civil, Classe II, matrícula nº 20.446.496-5, do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, do Laboratório Central, do Departamento de Polícia Técnica, da Secretaria da Segurança Pública.

considerar nomeada, com efeito a partir de 05.04.2017, DAYANA SOUZA BARBOSA, Perita Criminal de Polícia Civil, Classe II, matrícula nº 20.446.496-5, para o cargo de Coordenador I, símbolo DAS-2C, da Diretoria do Interior, do Departamento de Polícia Técnica, da Secretaria da Segurança Pública.

considerar nomeado, com efeito a partir de 05.04.2017, JORGE LUÍS DOS SANTOS, Perita Criminal de Polícia Civil, Classe I, matrícula nº 20.339.132-1, para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, do Laboratório Central, do Departamento de Polícia Técnica, da Secretaria da Segurança Pública.

passar à disposição da Secretaria da Segurança Pública, o 1º Tenente PM RUANN SANTANA CUNHA, matrícula nº 30.507.787-7, da Polícia Militar da Bahia nos termos dos art. 21 e do inciso I do art. 22, ambos da Lei nº 7.990, de 27 de dezembro de 2001, devendo exercer as suas funções junto a Superintendência de Gestão Tecnológica e Organizacional, da Secretaria da Segurança Pública, ficando, em consequência agregado.

tornar sem efeito o decreto publicado no Diário Oficial de 12.04.2017, que passou à disposição da Secretaria da Segurança Pública, os servidores abaixo, da Polícia Militar da Bahia nos termos dos art. 21 e do inciso I do art. 22, ambos da Lei nº 7.990, de 27 de dezembro de 2001, ficando, em consequência, agregados.

ORDEM	GRADUAÇÃO	NOME	MATRÍCULA
01	CAPITÃO PM	DAVID ALTEVAN DE SOUSA SOARES	30.375.996-0
02	SOLDADO PM	AUREO OLIVEIRA RIOS NETO	30.480.317-8
03	SOLDADO PM	RODRIGO BRITO SANTANA QUEIROZ	30.480.108-7

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA, em 24 de abril de 2017.

RUI COSTA
Governador

Autenticado digitalmente pela EGBA - Empresa Gráfica da Bahia
Data: Terça-feira, 25 de Abril de 2017 às 0:39:58
Código de Autenticação: 9d5fcdeb

GABINETE DO GOVERNADOR

PORTARIA Nº 015 DE 13 DE ABRIL DE 2017

O CHEFE DE GABINETE DO GOVERNADOR, no uso de suas atribuições, com base no art.116, da Lei Estadual nº 6.677/94, resolve AVERBAR, nos registros funcionais da servidora do Quadro de Pessoal do Gabinete do Governador abaixo relacionado, o tempo de serviço prestado à Administração Pública Estadual:

Processo	Matrícula	Nome	Cargo/Função	Órgão	Poder/Esfera	Data Início	Data Fim	Finalidade
0100170010609	01.618.944-8	SIMONE PEREIRA PEIXOTO	Assessor Técnico, símbolo DAS-3	SERIN	Executivo Estadual	23.08.2007	25.05.2008	Grat. Adicional por Tempo de Serviço
				SERIN	Executivo	26.05.2008	14.05.2011	
			Coordenador II, símbolo DAS-3	SERIN	Executivo Estadual	15.05.2011	24.03.2017	Grat. Adicional por Tempo de Serviço
			Coordenador I, símbolo DAS-2C					Grat. Adicional por Tempo de Serviço

CÍCERO DE CARVALHO MONTEIRO
Chefe de Gabinete do Governador

PORTARIA Nº 016 DE 13 DE ABRIL DE 2017

O CHEFE DE GABINETE DO GOVERNADOR, no uso de suas atribuições e tendo em vista os elementos constantes do Processo Administrativo abaixo relacionado, resolve conceder à servidora nominada a seguir, a Gratificação Adicional por Tempo de Serviço, com base nos arts. 84 e 85, da Lei nº 6.677/94.

Processo	Matrícula	Nome	Anuênio	Total Grat. Adicional	Vigência
0100170010609	01.618.944-8	SIMONE PEREIRA PEIXOTO	09%	09%	10/04/2017

CÍCERO DE CARVALHO MONTEIRO
Chefe de Gabinete do Governador

PORTARIA Nº 017 DE 18 DE ABRIL DE 2017

O CHEFE DE GABINETE DO GOVERNADOR, no uso de suas atribuições e tendo em vista os elementos constantes do Processo Administrativo abaixo relacionado, resolve conceder à servidora nominada a seguir, a Gratificação Adicional por Tempo de Serviço, com base nos arts 84 e 85, da Lei nº 6.677/94.

Processo	Matrícula	Nome	Anuênio	Total Grat Adicional	Vigência
0100170011222	01.535.204-8	LUANA CRISTINA DE JESUS BERNARDINO	05%	05%	Abril/2017

CÍCERO DE CARVALHO MONTEIRO
Chefe de Gabinete do Governador

Acesse nosso site:
www.egba.ba.gov.br
egba
IMPRENSA OFICIAL

DIÁRIO OFICIAL
República Federativa do Brasil - Estado da Bahia
SALVADOR, SÁBADO, 9 DE JANEIRO DE 2021 - ANO CV - Nº 23.065

Governo do Estado da Bahia

Governador do Estado
Rui Costa dos Santos
Vice-Governador do Estado
João Felipe de Souza Leão
Secretário da Casa Civil em exercício
Carlos Palma de Mello

EGBA
GESTÃO DA INFORMAÇÃO GOVERNO DO ESTADO

Diretor Geral
Roberto Pereira de Britto

Diretor Técnico
Marcos Emílio Barbosa dos Santos

Ao leitor: O Diário Oficial do Estado é uma publicação da Empresa Gráfica da Bahia que circula em cinco edições semanais, de terça a sábado. O D.O.E., como é conhecido, é composto de quatro cadernos:
Executivo – Caderno destinado à publicação das leis e decretos do Governador do Estado da Bahia, dos diversos atos da administração direta e indireta do Poder Executivo e ainda dos Tribunais de Contas do Estado e dos Municípios.
Diversos – Caderno destinado à publicação de editais de convocação, atas, balanços e demais atos de empresas, fundações, associações e outras entidades de direito privado.
Licitações – Caderno criado em parceria com a Secretaria da Administração do Estado da Bahia, destinado à publicação de todos os atos da Administração Pública Estadual referentes a licitações tais como: avisos, resultados e homologações, recursos, contratos, leilões, dispensas e inexigibilidades e outros.
Municípios – Caderno destinado à publicação dos atos das Prefeituras e Câmaras de Vereadores dos Municípios do Estado da Bahia.

LOCAIS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO

Sede | EGBA
Rua Mello Moraes Filho, 189,
Fazenda Grande do Retiro
CEP: 40.350-900

Horário de atendimento:
das 8h às 12h e das 13h às 17h

Posto SAC
Shopping da Bahia
71 3117-8413

Horário de atendimento:
das 9h às 18h

Ouvidoria
ouvidoria@egba.ba.gov.br

Site
www.egba.ba.gov.br

Serviços:

Diário Oficial do Estado
Assinaturas
71 3116-2865 | assinatura@egba.ba.gov.br

Publicações
71 3116-2850/2133 | publica@egba.ba.gov.br

Serviços Gráficos
71 3116-2805/2738 | comercial@egba.ba.gov.br

Certificação Digital
71 3117-8413 | certificacao.digital@egba.ba.gov.br

Guarda de Documentos, Microfilmagem e Digitalização
71 3116-2856/62892, 3117-2535
gestaodocumental@egba.ba.gov.br

Pesquisa no Diário Oficial do Estado
71 3116-2817/85 | pesquisadiario@egba.ba.gov.br

TABELA DE PREÇOS

Assinaturas semestrais e particulares

Capital	R$ 210,00
Interior	R$ 273,50
Estados	R$ 547,20

Assinaturas semestrais Órgãos Públicos Estaduais

Capital	R$ 90,00
Interior	R$ 117,00
Estados	R$ 234,00

Publicação centímetro/coluna por caderno
Diversos - R$ 221,00
Municípios - R$ 111,00

Formas de pagamento: Espécie, cheque nominal à Empresa Gráfica da Bahia, boleto bancário, cartões de crédito Visa e Credicard, nota de empenho órgãos públicos

O Diário Oficial do Estado é comercializado exclusivamente na Empresa Gráfica da Bahia.

exonerar, a pedido, GERBTI ROCHA GUIMARÃES do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, do Hospital Geral Prado Valadares, da Secretaria da Saúde.

nomear **NEFFISON SOUZA SANTANA** para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, do Hospital Geral Prado Valadares, da Secretaria da Saúde.

nomear **IEDA MARIA SANTANA DA FRANÇA** para o cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **SÂMARA CRUZ DE SOUZA** para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **FABIANA VIEIRA CAVADAS WROBEL** para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **OSCAR VIEIRA DE ARAÚJO NETO**, Delegado de Polícia Civil, Classe Especial, matrícula nº 20.373.024-0, do cargo de Coordenador Executivo, símbolo DAS-2B, da Superintendência de Inteligência, da Secretaria da Segurança Pública.

exonerar **IVO CARVALHO TOURINHO**, Delegado de Polícia Civil, Classe Especial, matrícula nº 20.373.036-3, do cargo de Coordenador I, símbolo DAS-2C, da Coordenação de Polícia Interestadual, da Polícia Civil da Bahia, da Secretaria da Segurança Pública.

exonerar, a pedido, o **Tenente-Coronel PM FERNANDO JOSÉ TEIXEIRA DE SOUZA FARIAS**, matrícula nº 30.218.591-4, do cargo de Coordenador Técnico, símbolo DAS-2D, do Comando de Operações de Inteligência da Polícia Militar, da estrutura da Secretaria da Segurança Pública.

nomear **IVO CARVALHO TOURINHO**, Delegado de Polícia Civil, Classe Especial, matrícula nº 20.373.036-3, para o cargo de Superintendente, símbolo DAS-2A, da Superintendência de Inteligência, da Secretaria da Segurança Pública.

nomear o **Tenente-Coronel PM FERNANDO JOSÉ TEIXEIRA DE SOUZA FARIAS**, matrícula nº 30.218.591-4, para o cargo Coordenador Executivo, símbolo DAS-2B, da Superintendência de Inteligência, da Secretaria da Segurança Pública.

designar a Bela. **CRISTIANE INOCÊNCIA XAVIER RODRIGUES COELHO**, Delegada de Polícia Civil, Classe Especial, matrícula nº 20.279.415-2, para responder pelo expediente da Coordenação de Polícia Interestadual, da Polícia Civil da Bahia, da Secretaria da Segurança Pública.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA, em 08 de janeiro de 2021.

RUI COSTA
Governador

Retificação

No Decreto de exoneração de Cristiane Barbosa Matias, da Secretaria da Educação, publicado no D.O.E de 10 12 2020:

ONDE SE LÊ:
...exonerar, a pedido,...

LEIA-SE:
...considerar exonerada, a pedido, com efeito a partir de 20.10.2020,...

EGBA
GESTÃO DOCUMENTAL
Digitalização, microfilmagem e guarda de documentos.
EGBA: 71 3116 2837 Posto SAC: 71 3117 8413
www.egba.ba.gov.br

EGBA
LOGÍSTICA
EGBA: 71 3116 2837 Posto SAC: 71 3117 8413
www.egba.ba.gov.br

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 27/03/2023

CNES: 2400693 Nome Fantasia: HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES CNPJ: 13.937.131/0024-38

Nome Empresarial: BAHIA SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA SAO CRISTOVAO Número: S/N Complemento: --

Bairro: CENTRO Município: 291800 - JEQUIE UF: BA

CEP: 45203-110 Telefone: (73)3528-7100 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 13

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: PERSEU BRITO BERNARDINO

Cadastrado em: 19/11/2001 Atualização na base local: 05/03/2023 Última atualização Nacional: 10/03/2023

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO	10	10
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS PEDIATRICO	2	2
UTI ADULTO - TIPO II	29	29
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	10
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	35	35

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
NEUROCIRURGIA	6	6
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	45	45
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	100	100
NEUROLOGIA	10	10
OUTRAS ESPECIALIDADES		
CRONICOS	10	10
PSIQUIATRIA	17	17
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	10	10
PEDIATRIA CLINICA	23	23

Data desativação: -- Motivo desativação: --

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito do Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o 438.205.495-87, e do outro lado o Sr. **GERBTI ROCHA GUIMARÃES**, brasileiro, divorciado, administrador, portador da Cédula de Identidade nº 0900967385, inscrito no CPF/MF sob o nº 006.478.385-59, com endereço na Rua Vitória, nº 32, Bairro Mandacaru, na Cidade de Jequié/BA, CEP: 45.210-048, doravante denominado CONTRATADO, estebelem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços do Contratado à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional, para os contratos de gestão em saúde, conforme preceituado pelo Conselho Federal de Administração.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando em 01 de fevereiro de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.200,00 (dois mil, e duzentos reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado, por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o

Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Administração da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirjmir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 01 de fevereiro de 2023.

Valeriano e Neto.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ: 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

Gerbti Rocha Guimarães

GERBTI ROCHA GUIMARÃES
CPF: 006.478.385-59

Testemunhas:

_____
CPF:

_____
CPF:

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito do Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o 438.205.495-87, e do outro lado o Sr. **HUMBERTO DA SILVA CARVALHO JUNIOR**, brasileiro, casado, administrador, portador da Cédula de Identidade nº 08818939-27, inscrito no CPF/MF sob o nº 024.744.225-95, com endereço na Avenida Gilenilda Alves, 1475, Condomínio Maria Júlia Andrade, Casa 07, Bairro Boa Vista, na Cidade de Vitória da Conquista/BA, CEP: 45.027-560, doravante denominado CONTRATADO, estebelem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços do Contratado à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional, para os contratos de gestão em saúde, conforme preceituado pelo Conselho Federal de Administração.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando em 01 de março de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.090,00 (dois mil, e noventa reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado, por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o

Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Administração da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirimir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 01 de março de 2023.

Valeriano de Freitas Neto

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ: 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

Humberto da Silva Carvalho Junior

HUMBERTO DA SILVA CARVALHO JUNIOR
CPF: 024.744.225-95

Testemunhas:

_____
CPF:

_____
CPF:

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins que o Sr. Humberto da Silva Carvalho Junior, CPF 024.744.225-95, atuou como Diretor Administrativo do Hospital Geral de Vitória da Conquista (CNES 2402076), localizado no Município de Vitória da Conquista – BA, de 21/10/2014 à 25/02/2023 nomeado e exonerado para tal função através de publicações no Diário Oficial do Estado da Bahia nas respectivas datas.

O profissional realizava atividades gerenciais da área administrativa e multiprofissional, bem como era responsável pela tomada de decisões relacionadas ao gerenciamento completo do Hospital, desempenhando suas funções de forma satisfatória e assertiva, sem nada que desabone sua moral e idoneidade.

O Hospital Geral de Vitória da Conquista é uma unidade de saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia com 343 (trezentos e quarenta e três) leitos registrados no CNES, distribuídos da seguinte forma:

DESCRIÇÃO	LEITOS EXISTENTES
COMPLEMENTAR	
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO	3
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	12
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS PEDIATRICO	2
UNIDADE ISOLAMENTO	10
UTI ADULTO - TIPO II	40
UTI NEONATAL - TIPO II	10
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10
ESPEC - CIRURGICO	
BUCO MAXILO FACIAL	2
CIRURGIA GERAL	51
GASTROENTEROLOGIA	4
GINECOLOGIA	4
NEFROLOGIAUROLOGIA	4
NEUROCIRURGIA	5
ONCOLOGIA	5
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	10
PLASTICA	2
TORACICA	2
ESPEC - CLÍNICO	
CARDIOLOGIA	10
CLÍNICA GERAL	88
HEMATOLOGIA	2
NEFROUROLOGIA	2
NEUROLOGIA	4
ONCOLOGIA	4
PNEUMOLOGIA	2

OBSTETRICO	
OBSTETRICIA CIRURGICA	1
OBSTETRICIA CLINICA	1
OUTRAS ESPECIALIDADES	
CRONICOS	6
PSIQUIATRIA	21
PEDIATRICO	
PEDIATRIA CIRURGICA	6
PEDIATRIA CLINICA	20
TOTAL DE LEITOS EXISTENTES	**343**

Fonte: CNES

Salvador – BA, 27 de março de 2023

Igor Lobão Ferraz Ribeiro
Cadastro 19604749
Superintendente / SAIS

Igor Lobão Ferraz Ribeiro
Superintendente da SAIS
Superintendência de Atenção Integral à Saúde / SESAB

Publique-se
Cumpra-se

Marilene Ferraz Barbosa
Diretora Geral – HGVC

HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA – SESAB
DIRETORIA GERAL DO HGVC
PORTARIA INTERNA N.º 095/2014

A Diretora Geral do Hospital Geral de Vitória da Conquista, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com as normas de Direito Administrativo.
RESOLVE:
Art 1º- Designar o Sr. Cláudio Gomes do Nascimento para desempenhar as funções de Engenheiro Clínico do HGVC.

Esta Portaria entrará em vigor a partir da data da sua publicação, revogadas todas as disposições em contrário.

DIRETORA GERAL DO HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA.
Vitória da Conquista/ Estado da Bahia, aos 16 dias do mês de outubro de 2014.

Publique-se
Cumpra-se

Marilene Ferraz Barbosa
Diretora Geral – HGVC

HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA – SESAB
DIRETORIA GERAL DO HGVC
PORTARIA INTERNA N.º 096/2014

A Diretora Geral do Hospital Geral de Vitória da Conquista, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com as normas de Direito Administrativo.
RESOLVE:
Art 1º- A partir da presente data, a Diretoria Administrativa será gerida por uma Comissão compostas pelos profissionais abaixo relacionados:
1º Membro Presidente: Humberto da Silva Carvalho Júnior, Cadastro: 19.519.433-2;
2º Membro Secretário: Alberto Magno Ferraz de Oliveira, Cadastro: 19.478.038-4;
3º Membro: Josana Mota Bispo Amaral , Cadastro: 19.529.632-0;
4º Membro: José Antônio Fernandes Santos, Cadastro: 19.217.777-1;
5º Membro: Welliton Oliveira Silva, Cadastro: 19.243.837-1

Esta Portaria entrará em vigor a partir da data da sua publicação, revogadas todas as disposições em contrário.

DIRETORA GERAL DO HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA.
Vitória da Conquista/ Estado da Bahia, aos 16 dias do mês de outubro de 2014.

Publique-se
Cumpra-se

Marilene Ferraz Barbosa
Diretora Geral – HGVC

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

ATOS DO SECRETÁRIO

PORTARIA Nº 735, de 20 de outubro de 2014. O SECRETÁRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o disposto no § 1º do Art. 53, do Decreto nº 10.186, de 20 de dezembro de 2006, RESOLVE considerar designado RENATO DOS SANTOS CABRAL, matrícula nº 20.397.493-3, para substituir ANCÉLIO NEI LIMA SOUZA, matrícula nº 20.517.959-7, no cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Superintendência de Telecomunicações, no período de 15.10.2014 a 13.11.2014, em decorrência de férias regulamentares, referente ao período aquisitivo de 2012/2013.

considerar designada MARIA JOSÉ SAMPAIO DA SILVA, matrícula nº 20.449.091-6, para substituir JOSÉ ROBERTO ALVES DOS SANTOS, matrícula nº 20.502.750-4, no cargo de Diretor Geral, símbolo DAS-2B, da Diretoria Geral desta Secretaria, no período de 20.10.2014 a 03.11.2014, em decorrência de férias regulamentares, referente ao período aquisitivo de 2012/2013.

considerar designada TELMA SOUZA SANTOS MORAIS, matrícula nº 20.539.416-3, para substituir GINALVA GOMES DE OLIVEIRA, matrícula nº 20.121.067-6, no cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Diretoria Geral, no período de 20.10.2014 a 03.11.2014, em decorrência de férias regulamentares, referente ao período aquisitivo de 2012/2013.

PORTARIA Nº 736 de 20 de outubro de 2014. O SECRETÁRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA, no uso da competência que lhe foi delegada pelo artigo 1º do Decreto nº 6.49 de 09 de maio de 1991 e tendo em vista o constante no Processo nº 050514040209O, RESOLVE: exonerar, a pedido, com efeito retroativo a 22.09.2014, EDUARDO JOSÉ LEÔNCIO, Investigador de Polícia Civil, Classe II, matrícula nº 20.418.584-6, do quadro de Pessoal da Polícia Civil da Bahia, da estrutura da Secretaria da Segurança Pública.

PORTARIA Nº 744 de 20 de setembro de 2014. O SECRETÁRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o disposto no § 1º do Art. 53, do Decreto nº 10.186, de 20 de dezembro de 2006, RESOLVE nomear JOSCIANA SOARES BORGES CONCEIÇÃO MOREIRA, CPF nº 624.651.475-87, para o cargo de Assistente de Execução Orçamentária, símbolo DAI-5, da 23ª Coordenadoria de Polícia do Interior em Eunápolis, do Departamento de Polícia do Interior, da Polícia Civil da Bahia, da Secretaria da Segurança Pública.

dispensar, a pedido, com efeito a partir de 24.09.2014, POLIANE DE MATTOS SOUZA BULHÕES, matrícula nº 12.570.631-3, do cargo de Coordenador V símbolo DAI-6, da Polícia Civil da Bahia, da Secretaria da Segurança Pública.

Maurício Teles Barbosa
Secretário da Segurança Pública

PORTARIAS DO SUBSECRETÁRIO

PORTARIA nº 726, de 20 de outubro de 2014. O Subsecretário da Segurança Pública, no uso da atribuição delegada pelo Secretário da Segurança Pública, conforme previsto na portaria nº 320/12, publicada no DOE de 8 de maio de 2012, e tendo em vista o constante nos autos do processo administrativo disciplinar nº. 0511140030516, RESOLVE prorrogar por 60 (sessenta) dias, com fundamento no artigo 216 da Lei nº 6.677/94, o prazo para conclusão do mencionado processo administrativo disciplinar, instaurado através da portaria nº 509/2014 (D.O.E. de 20/08/2014), sob a presidência da Delegada de Polícia Civil Selma Viveiros Ferraz, tendo como acusado o servidor de cadastro nº. 20.346.825-9.

PORTARIA nº 727, de 20 de outubro de 2014. O Subsecretário da Segurança Pública, no uso da atribuição delegada pelo Secretário da Segurança Pública, conforme previsto na portaria nº 320/12, publicada no DOE de 8 de maio de 2012, e tendo em vista o constante nos autos do processo administrativo disciplinar nº. 0511140030591, RESOLVE prorrogar por 60 (sessenta) dias, com fundamento no artigo 216 da Lei nº 6.677/94, o prazo para conclusão do mencionado processo administrativo disciplinar, instaurado através da portaria nº 517/2014 (D.O.E. de 20/08/2014), sob a presidência da Delegada de Polícia Civil Selma Viveiros Ferraz, tendo como acusado o servidor de cadastro nº. 20.302.931-4.

PORTARIA nº 728, de 20 de outubro de 2014. O Subsecretário da Segurança Pública, no uso da atribuição delegada pelo Secretário da Segurança Pública, conforme previsto na portaria nº 320/12, publicada no DOE de 8 de maio de 2012, e tendo em vista o constante nos autos do processo administrativo disciplinar nº. 0511140030621, RESOLVE prorrogar por 60 (sessenta) dias, com fundamento no artigo 216 da Lei nº 6.677/94, o prazo para conclusão do mencionado processo administrativo disciplinar, instaurado através da portaria nº 520/2014 (D.O.E. de 20/08/2014), sob a presidência da Delegada de Polícia Civil Selma Viveiros Ferraz, tendo como acusado o servidor de cadastro nº. 20.247.398-4.

PORTARIA nº 729, de 20 de outubro de 2014. O Subsecretário da Segurança Pública, no uso da atribuição delegada pelo Secretário da Segurança Pública, conforme previsto na portaria nº 320/12, publicada no DOE de 8 de maio de 2012, e tendo em vista o constante nos autos do processo administrativo disciplinar nº. 0511140030656, RESOLVE prorrogar por 60 (sessenta) dias, com fundamento no artigo 216 da Lei nº 6.677/94, o prazo para conclusão do mencionado processo administrativo disciplinar, instaurado através da portaria nº 523/2014 (D.O.E. de 20/08/2014), sob a presidência da Delegada de Polícia Civil Selma Viveiros Ferraz, tendo como acusada a servidora de cadastro nº. 20.160.986-5.

PORTARIA nº 730, de 20 de outubro de 2014. O Subsecretário da Segurança Pública, no uso da atribuição delegada pelo Secretário da Segurança Pública, conforme previsto na portaria nº. 320/12, publicada no DOE de 8 de maio de 2012, e tendo em vista o constante nos autos do processo administrativo disciplinar nº 0511100012159, RESOLVE prorrogar por 60 (sessenta) dias, com fundamento no artigo 216 da Lei nº 6.677/94, o prazo para conclusão do mencionado processo administrativo disciplinar, instaurado através da portaria nº 346/2010 (D.O.E. de 19 e 20.06.2010), alterada pela portaria nº 456/2014 (D.O.E de 05.08.2014), atualmente sob a presidência da Delegada de Polícia Civil Selma Viveiros Ferraz, tendo como acusado o servidor de cadastro nº 20.345.651-1.

PORTARIA nº 731, de 20 de outubro de 2014. O Subsecretário da Segurança Pública, no uso da atribuição delegada pelo Secretário da Segurança Pública, conforme previsto na portaria nº 320/12, publicada no DOE de 8 de maio de 2012, e tendo em vista o constante nos autos do processo administrativo disciplinar nº 0500050044648, RESOLVE prorrogar por 60 (sessenta) dias, com fundamento no artigo 216 da Lei nº 6.677/94, o prazo para conclusão do mencionado processo administrativo disciplinar, instaurado através da portaria nº 325/2005 (D.O.E. de 20.05.2005), alterada pela portaria nº 141/2013 (D.O.E de 19.03.2013), atualmente sob a presidência da Delegada de Polícia Civil Selma Viveiros Ferraz, tendo como acusado o servidor de cadastro nº 20.303.041-2.

PORTARIA nº 732, de 20 de outubro de 2014. O Subsecretário da Segurança Pública, no uso da atribuição delegada pelo Secretário da Segurança Pública, conforme previsto na Portaria nº

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
DIRETORIA GERAL DO HGVC
GABINETE DA DIRETORIA GERAL

Vitória da Conquista – BA, 29 de Outubro de 2014

[redacted]

A Diretora Geral do Hospital Geral de Vitória da Conquista, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com as normas de Direito Administrativo,

RESOLVE:

Art.1º- Designar o **Sr. Humberto da Silva Carvalho Júnior** para desempenhar as funções de Diretor Administrativo do HGVC.

Esta Portaria entrará em vigor a partir da data da sua publicação, revogadas todas as disposições em contrário.

DIRETORA GERAL DO HOSPITAL GERAL DE VITORIA DA CONQUISTA.
Vitória da Conquista/ Estado da Bahia, aos 29 dias do mês de Outubro de 2014.

Publique-se.
Cumpra-se.

Marilene Ferraz Barbosa
Diretora **Geral do HGVC**

nomear **MURILO CÉSAR FERREIRA BARBOSA** para o cargo de Coordenador I, símbolo DAS-2C, da Assessoria de Planejamento e Gestão, da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos.

considerar nomeada, com efeito a partir de 26.01.2023, **MILLENA ALMEIDA SILVA** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Superintendência de Políticas para Povos e Comunidades Tradicionais, da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial e dos Povos e Comunidades Tradicionais.

nomear **DAVI PIRES COSTA** para o cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, do Gabinete do Secretário, da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial e dos Povos e Comunidades Tradicionais.

exonerar **KHAROLYNNE DOS SANTOS NEPOMUCENO** do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Diretoria Geral, da Secretaria do Planejamento.

nomear **TAIANE MICHELE LIMA DOS ANJOS** para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Diretoria Geral, da Secretaria do Planejamento.

exonerar, a pedido, **TALUANA COSTA MARON** do cargo de Coordenador Técnico, símbolo DAS-2D, da Diretoria de Promoção, da Secretaria de Turismo.

nomear **CRISTIANE MARIA SANTOS COSTA** para o cargo de Coordenador Técnico, símbolo DAS-2D, da Diretoria de Promoção, da Secretaria de Turismo.

exonerar, a pedido, **WESLEY SOARES FAUSTINO** do cargo de Coordenador I, símbolo DAS-2C, da Diretoria de Promoção, da Secretaria de Turismo.

nomear **TALUANA COSTA MARON** para o cargo de Coordenador I, símbolo DAS-2C, da Diretoria de Promoção, da Secretaria de Turismo.

exonerar, a pedido, **CRISTIANE MARIA SANTOS COSTA** do cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Coordenação de Contratos e Convênios, da Secretaria de Turismo.

nomear **PAULO ROBERTO SANT'NNA SOBRINHO** para cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Coordenação de Contratos e Convênios, da Secretaria de Turismo.

considerar exonerado, a pedido, com efeito a partir de 25.01.2023, **RENIVALDO FREITAS DOS SANTOS** do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **JOSÉ AUREO TEIXEIRA CARVALHO** do cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Diretoria Administrativa, da Diretoria Geral, da Secretaria da Saúde.

nomear **JOSÉ AUREO TEIXEIRA CARVALHO** para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **RELDER ALBINO DE ANDRADE ALBUQUERQUE** para o cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Diretoria Administrativa, da Diretoria Geral, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **JOSÉ CARLOS DE CARVALHO PITANGUEIRA** do cargo de Diretor, símbolo DAS-2B, do Hospital Geral Clériston Andrade, da Secretaria da Saúde.

nomear **CRISTIANA MARIA BRITO FRANÇA** para o cargo de Diretor, símbolo DAS-2B, do Hospital Geral Clériston Andrade, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **JOSELISE FERREIRA XAVIER** do cargo de Diretor, símbolo DAS-2D, do Hospital Geral Clériston Andrade, da Secretaria da Saúde.

nomear **LEON CEDRAZ HEIN** para o cargo de Diretor, símbolo DAS-2D, do Hospital Geral Clériston Andrade, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **RITA DE CÁSSIA SILVA SANTOS** do cargo de Coordenador Geral, símbolo DAS-2A, da Diretoria de Regulação e Assistência à Saúde, da Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **DIEGO CAVALCANTE TEIXEIRA DALTRO** do cargo de Coordenador Executivo, símbolo DAS-2B, da Coordenação de Gestão de Sistemas de Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **DIEGO CAVALCANTE TEIXEIRA DALTRO** para o cargo de Coordenador Geral, símbolo DAS-2A, da Coordenação de Gestão de Sistemas de Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **RITA DE CÁSSIA SILVA SANTOS** para o cargo de Coordenador Executivo, símbolo DAS-2B, da Diretoria de Regulação e Assistência à Saúde, da Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **WALDELIO ALMEIDA DE OLIVEIRA FILHO** do cargo de Coordenador de Controle Interno I, símbolo DAS-2C, da Coordenação de Controle Interno, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **SAMYA KELLY MENEZES** do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **SAMYA KELLY MENEZES** para o cargo de Coordenador de Controle Interno I, símbolo DAS-2C, da Coordenação de Controle Interno, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **MARTA DA LUZ AZEVEDO SANTOS** do cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **ÉRIKA LULA MACHADO NERY** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **ALTAIR DOS SANTOS LIRA** do cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **TALITA ASSIS SILVA DE JESUS** do cargo de Diretor, símbolo DAS-2D, da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **TALITA ASSIS SILVA DE JESUS** para o cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, da Secretaria da Saúde.

designar **LUCAS CARVALHO DE SOUZA PACHECO** Coordenador II, símbolo DAS-3, para, cumulativamente, responder pelo cargo de Diretor, símbolo DAS-2D, da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, da Secretaria da Saúde.

considerar exonerada, a pedido, com efeito a partir de 14.02.2023, **UBIRACI MATILDES DE JESUS** do cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Diretoria de Gestão do Cuidado, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **DANIELE MONTEIRO DE OLIVEIRA SILVA** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Diretoria de Gestão do Cuidado, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

considerar exonerada, a pedido, com efeito a partir de 02.01.2023, **TAIANE CLARISSA COUTINHO DIAS** do cargo de Diretor, símbolo DAS-3, do Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalo Muniz, da Secretaria da Saúde.

nomear **EDUARDO DE ANDRADE CORLETT LOIOLA** para o cargo de Diretor, símbolo DAS-3, do Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalo Muniz, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **MARIA ALICE MACIEL MACHADO** do cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Auditoria do SUS/BA, da Secretaria da Saúde.

nomear **DORALICE SANTANA TEIXEIRA BASTOS** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Auditoria do SUS/BA, da Secretaria da Saúde.

considerar exonerada, a pedido, a partir de 13.01.2023, **JOHILDA BATISTA ANDRADE SANTOS** do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental, da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **THAISSE SOUZA DE ANDRADE** para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental, da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **GABRIEL ALVES COELHO** do cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, do Gabinete do Secretário, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **KAROLINE CONCEIÇÃO SIMÕES** do cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **GABRIEL ALVES COELHO** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **KAROLINE CONCEIÇÃO SIMÕES** para o cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, do Gabinete do Secretário, da Secretaria da Saúde.

nomear **HELENA PATÁRO DE OLIVEIRA NOVAES** para o cargo de Diretor, símbolo DAS-2D, do Centro de Referência de Atenção à Saúde do Idoso, da Secretaria da Saúde

nomear **THAÍS APARECIDA DE FRANÇA ROCHA** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Diretoria de Gestão do Cuidado, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **HUMBERTO DA SILVA CARVALHO JUNIOR** do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, do Hospital Geral de Vitória da Conquista, da Secretaria da Saúde.

designar **VICENTE MIRANDA BORGES** Diretor, símbolo DAS-2D, para, cumulativamente, responder pelo cargo de Diretor Administrativo, do Hospital Geral de Vitória da Conquista, da Secretaria da Saúde.

CÓPIA - Consulte informação oficial em www.dool.egba.ba.gov.br

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 27/03/2023

CNES: 2402076 Nome Fantasia: HOSPITAL GERAL DE VITORIA DA CONQUISTA CNPJ: 13.937.131/0062-63

Nome Empresarial: BAHIA SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AV FILIPINAS Número: S/N Complemento: JARDIM GUANABARA

Bairro: FELICIA Município: 293330 - VITORIA DA CONQUISTA UF: BA

CEP: 45023-300 Telefone: (77)3424-6060 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 020

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: JEAN MEIRA DO NASCIMENTO

Cadastrado em: 19/11/2001 Atualização na base local: 07/03/2023 Última atualização Nacional: 10/03/2023

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO	3	3
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	12	0
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS PEDIATRICO	2	2
UNIDADE ISOLAMENTO	10	10
UTI ADULTO - TIPO II	40	39
UTI NEONATAL - TIPO II	10	10

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito do Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o 438.205.495-87, e do outro lado o Sra. **JOSELICE FERREIRA XAVIER**, brasileira, casada, administradora, portadora da Cédula de Identidade nº 1.821.570-08, inscrita no CPF/MF sob o nº 351.979.275-34, com endereço na Rua André Gonçalves, nº 103, ap. 102, Bairro do Imbuí, Salvador/BA, CEP: 41.741-020, doravante denominada CONTRATADA, estebelem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços do Contratado à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional, para os contratos de gestão em saúde, conforme preceituado pelo Conselho Federal de Administração.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 12 (doze) meses, iniciando em 27 de fevereiro de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.604,00 (dois mil, seiscentos e quatro reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado, por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art.

784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Administração da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirimir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 27 de fevereiro de 2023.

Valeriano José de Freitas Neto

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ: 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

Joselice Ferreira Xavier

JOSELICE FERREIRA XAVIER
CPF: 351.979.275-34

Testemunhas:

_____
CPF:

_____
CPF:

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins que o Sr. Joselice Ferreira Xavier, CPF 351.979.275-34, atuou como Diretor Administrativo do Hospital Geral de Cleriston Andrade (CNES 2799758), localizado no Município de Feira de Santana – BA, de 26/06/2013 à 25/02/2023 nomeado e exonerado para tal função através de publicações no Diário Oficial do Estado da Bahia nas respectivas datas.

A profissional realizava atividades gerenciais da área administrativa e multiprofissional, bem como era responsável pela tomada de decisões relacionadas ao gerenciamento completo do Hospital, desempenhando suas funções de forma satisfatória e assertiva, sem nada que desabone sua moral e idoneidade.

O Hospital Geral Cleriston Andrade é uma unidade de saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia com 414 (quatrocentos e quatorze) leitos registrados no CNES, distribuídos da seguinte forma:

DESCRIÇÃO	LEITOS EXISTENTES
COMPLEMENTAR	
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO	24
UNIDADE ISOLAMENTO	2
UTI ADULTO - TIPO II	58
UTI NEONATAL - TIPO II	5
UTI PEDIATRICA - TIPO II	8
ESPEC - CIRURGICO	
CIRURGIA GERAL	100
NEUROCIRURGIA	16
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	32
ESPEC - CLÍNICO	
CLÍNICA GERAL	159
OUTRAS ESPECIALIDADES	
PSIQUIATRIA	10
TOTAL DE LEITOS EXISTENTES	**414**

Fonte: CNES

Salvador – BA, 27 de março de 2023

Igor Lobão Ferraz Ribeiro
Cadastro: 19604749
Superintendente / SAIS

Igor Lobão Ferraz Ribeiro
Superintendente da SAIS
Superintendência de Atenção Integral à Saúde / SESAB

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	10
ESPEC - CIRURGICO		
BUCO MAXILO FACIAL	2	2
CIRURGIA GERAL	51	51
GASTROENTEROLOGIA	4	4
GINECOLOGIA	4	4
NEFROLOGIAUROLOGIA	4	4
NEUROCIRURGIA	5	5
ONCOLOGIA	5	5
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	10	10
PLASTICA	2	2
TORACICA	2	2
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	10	10
CLINICA GERAL	88	88
HEMATOLOGIA	2	2
NEFROUROLOGIA	2	2
NEUROLOGIA	4	4
ONCOLOGIA	4	4
PNEUMOLOGIA	2	2

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	1	1
OBSTETRICIA CLINICA	1	1
OUTRAS ESPECIALIDADES		
CRONICOS	6	6
PSIQUIATRIA	21	21
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	6	6
PEDIATRIA CLINICA	20	20

Data desativação: -- Motivo desativação: --

DIÁRIO OFICIAL

Executivo

O ESTADO DA BAHIA

DECRETOS SIMPLES

O GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA, no uso de suas atribuições

R E S O L V E

consolidar o(a) cedido(a) a partir de 29/06/2013, **REGINA KAWALERIEWICZ SOUZA** para o cargo de Coordenador(a) Técnico, símbolo DAS-2D, da Superintendência de Inclusão e Assistência Alimentar, da Secretaria de Combate à Pobreza e

reconsiderar a partir de 1º/07/2013 para compor o Conselho de Fazenda Estadual, da estrutura da Secretaria da Fazenda, os conselheiros abaixo, os indicados a seguir indicados:

Representação da Federação das Empresas de Transportes dos Estados da Bahia e Sergipe - FETRABASE:
Titular: Jorge Antonio Afonso Cabeça
Suplente: José Carlos Batista Oliveira

nomear **DIOGO SILVA DE OLIVEIRA** para o cargo de Coordenador Técnico, símbolo DAN-2D, da Diretoria de Controle da Superintendência de Energia e Comunicações, da Secretaria de Infraestrutura

exonerar a pedido **IRACI LEITE DA SILVA** do cargo de Diretor, símbolo DAN-2D, do Hospital Geral Clemente Ascoli, da Secretaria da Saúde

exonerar a pedido **CARLOS ROCHA DOLTZ FILHO** do cargo de Diretor, símbolo DAN-2D, do Hospital Geral Clemente Ascoli, da Secretaria da Saúde

exonerar a pedido **ADRIANA DOURADO VALSECCHI** do cargo de Diretor, símbolo DAN-2D, do Hospital Geral Clemente Ascoli, da Secretaria da Saúde

exonerar a pedido **HELOÍZA BACELAR COSTA DE BRITO** do cargo de Diretor, símbolo DAN-2D, do Hospital Especializado Lopes Rodrigues, da Secretaria da Saúde

exonerar a pedido **FABIO DE RODAT MESSIAS DE LIMA PONTES** do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, do Hospital Especializado Lopes Rodrigues, da Secretaria da Saúde

exonerar a pedido **AVANDETE GUEDES DE FREITAS** do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, do Hospital Especializado Lopes Rodrigues, da Secretaria da Saúde

exonerar a pedido **LEILA MARIA BASTOS SANTANA FRANCO** do cargo de Coordenador III, símbolo DAS-4, do Hospital Especializado Lopes Rodrigues, da Secretaria da Saúde

nomear **JOSÉ CARLOS DE CARVALHO PITANGUEIRA** para o cargo de Diretor, símbolo DAN-2D, do Hospital Geral Clemente Ascoli, da Secretaria da Saúde

nomear **IRACI LEITE DA SILVA** para o cargo de Diretor, símbolo DAN-2D, do Hospital Especializado Lopes Rodrigues, da Secretaria da Saúde

nomear **JOSILENE FERREIRA XAVIER** para o cargo de Diretor, símbolo DAN-2D, do Hospital Geral Clemente Ascoli, da Secretaria da Saúde

nomear **ALEXANDRE SOUZA DE MAIA** para o cargo de Diretor, símbolo DAN-2D, do Hospital Geral Clemente Ascoli, da Secretaria da Saúde

nomear **KATIA DE SANTANA GALLO** para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, do Hospital Geral Clemente Ascoli, da Secretaria da Saúde

nomear **CARLOS ROCHA DOLTZ FILHO** para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, do Hospital Especializado Lopes Rodrigues, da Secretaria da Saúde

nomear **HELOÍZA BACELAR COSTA DE BRITO** para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, do Hospital Especializado Lopes Rodrigues, da Secretaria da Saúde

nomear **ANTONIO CARLOS DE FREITAS** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAS-4, do Hospital Especializado Lopes Rodrigues, da Secretaria da Saúde

consolidar, mediante cessão a partir de 11/06/2013, **CLAUDIO GOMES DO NASCIMENTO** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAS-4, do Hospital Geral de Vitória da Conquista, da Secretaria da Saúde

nomear **ROSEMEIRE LOPES FERNANDES** e **MURILO CARVALHO SAMPAIO OLIVEIRA** para, na condição de titular e suplente, respectivamente, compor o Comitê Gestor para o Programa Bahia do Trabalho Decente, como representantes do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região

nomear **VIOMAR ISABEL PASSOS GRAMACHO** para, na condição de titular, compor o Comitê Gestor para o Programa Bahia do Trabalho Decente, como representante da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza, em substituição a **MARIA MORAES DE CARVALHO MOTA**

nomear **JORGE LUIS DOS SANTOS** e **CELDASIO NASCIMENTO ROCHA** para, na condição de titular e suplente, respectivamente, compor o Comitê Gestor para o Programa Bahia do Trabalho Decente, como representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação, em substituição a **JOÃO EMANOEL ANDRADE DE ALMEIDA** e **SONIA SANT'ANNA DO NASCIMENTO**

nomear **CÉLIO AUGUSTO SILVEIRA DE ALCÂNTARA** para o cargo de Coordenador Técnico, símbolo DAN-2D, da Coordenação de Gestão Estratégica, da Procuradoria Geral do Estado

PALACIO DO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA, em 27 de junho de 2013.

JAQUES WAGNER
Governador

DESPACHOS

DESPACHOS DO SENHOR GOVERNADOR DO ESTADO
Em 27/06/2013

Processo nº 0200019004438
Origem: Secretaria da Administração
Objeto: Resolução nº 55/2013
Interessada: Secretaria da Administração/SAC
Despacho: Autorizo

Processo nº 0200019024806/61
Origem: Secretaria da Administração
Objeto: Resolução nº 77/2013
Interessada: Secretaria da Administração/SAC
Despacho: Autorizo

Processo nº 0200019053420
Origem: Secretaria da Administração
Objeto: Resolução nº 118/2013
Interessada: Secretaria da Administração/SAC
Despacho: Autorizo

Processo nº 0200019005347/4
Origem: Secretaria da Administração
Objeto: Resolução nº 119/2013
Interessada: Secretaria da Administração/SAC
Despacho: Autorizo

Processo nº 0200019027469
Origem: Secretaria da Administração
Objeto: Resolução nº 139/2013
Interessada: Secretaria da Administração/SAC
Despacho: Autorizo

Processo nº 0200019038479
Origem: Secretaria da Administração
Objeto: Resolução nº 182/2013
Interessada: Secretaria da Fazenda/SUSAC
Despacho: Autorizo

Processo nº 0200019028269
Origem: Secretaria da Administração
Objeto: Resolução nº 138/2013
Interessada: Secretaria de Comunicação Social/IPDEM
Despacho: Autorizo

Patrícia Oliveira de S. Souza
Coord. do S. Pessoal/SCA
Mat. 19.380.5

nomear **MURILO CÉSAR FERREIRA BARBOSA** para o cargo de Coordenador I, símbolo DAS-2C, da Assessoria de Planejamento e Gestão, da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos.

considerar nomeada, com efeito a partir de 26.01.2023, **MILLENA ALMEIDA SILVA** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Superintendência de Políticas para Povos e Comunidades Tradicionais, da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial e dos Povos e Comunidades Tradicionais.

nomear **DAVI PIRES COSTA** para o cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, do Gabinete do Secretário, da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial e dos Povos e Comunidades Tradicionais.

exonerar **KHAROLYNNE DOS SANTOS NEPOMUCENO** do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Diretoria Geral, da Secretaria do Planejamento.

nomear **TAIANE MICHELE LIMA DOS ANJOS** para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Diretoria Geral, da Secretaria do Planejamento.

exonerar, a pedido, **TALUANA COSTA MARON** do cargo de Coordenador Técnico, símbolo DAS-2D, da Diretoria de Promoção, da Secretaria de Turismo.

nomear **CRISTIANE MARIA SANTOS COSTA** para o cargo de Coordenador Técnico, símbolo DAS-2D, da Diretoria de Promoção, da Secretaria de Turismo.

exonerar, a pedido, **WESLEY SOARES FAUSTINO** do cargo de Coordenador I, símbolo DAS-2C, da Diretoria de Promoção, da Secretaria de Turismo.

nomear **TALUANA COSTA MARON** para o cargo de Coordenador I, símbolo DAS-2C, da Diretoria de Promoção, da Secretaria de Turismo.

exonerar, a pedido, **CRISTIANE MARIA SANTOS COSTA** do cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Coordenação de Contratos e Convênios, da Secretaria de Turismo.

nomear **PAULO ROBERTO SANT'ANNA SOBRINHO** para cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Coordenação de Contratos e Convênios, da Secretaria de Turismo.

considerar exonerado, a pedido, com efeito a partir de 25.01.2023, **RENIVALDO FREITAS DOS SANTOS** do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **JOSÉ AUREO TEIXEIRA CARVALHO** do cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Diretoria Administrativa, da Diretoria Geral, da Secretaria da Saúde.

nomear **JOSÉ AUREO TEIXEIRA CARVALHO** para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **RELDER ALBINO DE ANDRADE ALBUQUERQUE** para o cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Diretoria Administrativa, da Diretoria Geral, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **JOSÉ CARLOS DE CARVALHO PITANGUEIRA** do cargo de Diretor, símbolo DAS-2B, do Hospital Geral Clériston Andrade, da Secretaria da Saúde.

nomear **CRISTIANA MARIA BRITO FRANÇA** para o cargo de Diretor, símbolo DAS-2B, do Hospital Geral Clériston Andrade, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **JOSELISE FERREIRA XAVIER** do cargo de Diretor, símbolo DAS-2D, do Hospital Geral Cleriston Andrade, da Secretaria da Saúde.

nomear **LEON CEDRAZ HEIN** para o cargo de Diretor, símbolo DAS-2D, do Hospital Geral Clériston Andrade, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **RITA DE CÁSSIA SILVA SANTOS** do cargo de Coordenador Geral, símbolo DAS-2A, da Diretoria de Regulação e Assistência à Saúde, da Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **DIEGO CAVALCANTE TEIXEIRA DALTRO** do cargo de Coordenador Executivo, símbolo DAS-2B, da Coordenação de Gestão de Sistemas de Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **DIEGO CAVALCANTE TEIXEIRA DALTRO** para o cargo de Coordenador Geral, símbolo DAS-2A, da Coordenação de Gestão de Sistemas de Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **RITA DE CÁSSIA SILVA SANTOS** para o cargo de Coordenador Executivo, símbolo DAS-2B, da Diretoria de Regulação e Assistência à Saúde, da Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **SAMYA KELLY MENEZES** do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **SAMYA KELLY MENEZES** para o cargo de Coordenador de Controle Interno I, símbolo DAS-2C, da Coordenação de Controle Interno, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **MARTA DA LUZ AZEVEDO SANTOS** do cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **ÉRIKA LULA MACHADO NERY** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **ALTAIR DOS SANTOS LIRA** do cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **TALITA ASSIS SILVA DE JESUS** do cargo de Diretor, símbolo DAS-2D, da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **TALITA ASSIS SILVA DE JESUS** para o cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, da Secretaria da Saúde.

designar **LUCAS CARVALHO DE SOUZA PACHECO** Coordenador II, símbolo DAS-3, para, cumulativamente, responder pelo cargo de Diretor, símbolo DAS-2D, da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, da Secretaria da Saúde.

considerar exonerada, a pedido, com efeito a partir de 14.02.2023, **UBIRACI MATILDES DE JESUS** do cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Diretoria de Gestão do Cuidado, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **DANIELE MONTEIRO DE OLIVEIRA SILVA** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Diretoria de Gestão do Cuidado, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

considerar exonerada, a pedido, com efeito a partir de 02.01.2023, **TAIANE CLARISSA COUTINHO DIAS** do cargo de Diretor, símbolo DAS-3, do Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalo Muniz, da Secretaria da Saúde.

nomear **EDUARDO DE ANDRADE CORLETT LOIOLA** para o cargo de Diretor, símbolo DAS-3, do Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalo Muniz, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **MARIA ALICE MACIEL MACHADO** do cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Auditoria do SUS/BA, da Secretaria da Saúde.

nomear **DORALICE SANTANA TEIXEIRA BASTOS** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Auditoria do SUS/BA, da Secretaria da Saúde.

considerar exonerada, a pedido, a partir de 13.01.2023, **JOHILDA BATISTA ANDRADE SANTOS** do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental, da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **THAISSE SOUZA DE ANDRADE** para o cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental, da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **GABRIEL ALVES COELHO** do cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, do Gabinete do Secretário, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **KAROLINE CONCEIÇÃO SIMÕES** do cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **GABRIEL ALVES COELHO** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

nomear **KAROLINE CONCEIÇÃO SIMÕES** para o cargo de Assessor Técnico, símbolo DAS-3, do Gabinete do Secretário, da Secretaria da Saúde.

nomear **HELENA PATÁRO DE OLIVEIRA NOVAES** para o cargo de Diretor, símbolo DAS-2D, do Centro de Referência de Atenção à Saúde do Idoso, da Secretaria da Saúde

nomear **THAÍS APARECIDA DE FRANÇA ROCHA** para o cargo de Coordenador III, símbolo DAI-4, da Diretoria de Gestão do Cuidado, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde.

exonerar, a pedido, **HUMBERTO DA SILVA CARVALHO JUNIOR** do cargo de Coordenador II, símbolo DAS-3, do Hospital Geral de Vitória da Conquista, da Secretaria da Saúde.

Coordenador de Controle Interno I, símbolo DAS-2C, da Coordenação de Controle Interno, da Secretaria da Saúde.

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 27/03/2023

CNES: 2799758 Nome Fantasia: HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE CNPJ: 13.937.131/0026-08

Nome Empresarial: BAHIA SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AV EDUARDO FROES DA MOTA Número: S/N Complemento: --

Bairro: 35 BI Município: 291080 - FEIRA DE SANTANA UF: BA

CEP: 44094-000 Telefone: (75) 3602-3300 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 002

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: KARLOS DA SILVA FIGUEREDO

Cadastrado em: 22/09/2003 Atualização na base local: 08/02/2023 Última atualização Nacional: 07/03/2023

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO	24	6
UNIDADE ISOLAMENTO	2	2
UTI ADULTO - TIPO II	108	58
UTI NEONATAL - TIPO II	5	5
UTI PEDIATRICA - TIPO II	8	8
ESPEC - CIRURGICO		

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGIA GERAL	100	49
NEUROCIRURGIA	16	8
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	32	10
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	159	159
OUTRAS ESPECIALIDADES		
PSIQUIATRIA	10	10

Data desativação: -- Motivo desativação: --

CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição nº 0024781 em 14/8/2012

Nome:
FLAVIA MEIRA GUIMARÃES BARBOSA

Filiação:
FLÁVIO DURVAL GUIMARÃES BARBOSA

GENILDA AGUIAR MEIRA BARBOSA

Nacionalidade:
BRASILEIRA

Data do nascimento:
11/2/1987

Naturalidade:
LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA

Diplomado pela:
FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS
FTC SALVADOR/BA

Identidade:
0962826499

CPF:
03171501546

RR DONNELLEY

Fotografia tirada em
..... de ..... de .....

POLEGAR DIREITO

Flávia Meira Guimarães Barbosa
Assinatura do Portador

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito do Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o 438.205.495-87, e do outro lado a Sra. **FLÁVIA MEIRA GUIMARÃES BARBOSA**, brasileira, médica, portadora do RG n. 09.628.264-99 SSP/BA, inscrita no CPF/MF sob o n. 031.715.015-46 e sob o n. 24.781 no CRM/BA doravante denominada CONTRATADA, estebelecem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços da Contratada à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional como Responsável Técnica, para os contratos de gestão em saúde.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando em 28 de abril de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.090,00 (dois mil, e noventa reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado,

CARTÓRIO BARBOSA

Autentico a presente cópia reprográfica por estar conforme o original a mim apresentado. Dou fé.
SALVADOR - BA, 28/04/2023
fabiane santos souza - escrevente
Selo(s): 1609 AC407137-7

Emol R$3,07 Fis R$2,18 FEJ R$0,64 Del R$0,08
ISS R$0,12 MP R$0,06 Total R$6,35
VALIDO SOMENTE PARA UM DOCUMENTO E COM O SELO DE AUTENTICIDADE

por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Medicina da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirimir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 28 de abril de 2023.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ: 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

FLÁVIA MEIRA GUIMARÃES BARBOSA
RG 09.628.264-99 SSP/BA

Testemunhas:

CPF:

CPF:

CARTÓRIO BARBOSA
Autentico a presente copia reprografica por estar conforme o original a mim apresentado. Dou fé
SALVADOR - BA, 28/04/2023
fabiane santos souza - escrevente
Selo(s): 1609.AC407135-0
Emol R$3,07 Fis R$2,18 FEC R$0,04 Dof R$0,08
PGE R$0,12 MP R$0,06 Total R$6,35
VALIDO SOMENTE PARA UM DOCUMENTO E COM O SELO DE AUTENTICIDADE

CÓPIA COLORIDA

CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

DECLARAÇÃO DE DIRETOR TÉCNICO

Declaramos para os devidos fins e a pedido do interessado, que o estabelecimento de saúde **HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIÃO - SESAB**, com CNPJ nº 13.937.131/0013-85, registrada neste Conselho sob nº 4078, funcionou sob a Direção Técnica da **Dra. FLAVIA MEIRA GUIMARÃES BARBOSA, CREMEB 24.781**, do dia 09 de dezembro de 2019 até 01 de junho de 2022.

Salvador, 27 de abril de 2023.

gov.br Documento assinado digitalmente
JORGE BOMFIM SOUZA FILHO
Data: 27/04/2023 18:55:47-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Jorge Bomfim
Coordenardor DEPEM
CREMEB

Portal do Governo Brasileiro (http://brasil.gov.br)

ACESSIBILIDADE (/PAGES/ACESSIBILIDADE.JSP)

ALTO CONTRASTE

(/)

Buscar no Portal

Perguntas Frequentes
Consultas (/pages/consultas.jsp)
Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Bem vindo ao nosso novo site! Para acessar as funcionalidades que ainda não foram implementadas, favor clicar aqui. (http://cnes2.datasus.gov.br)

PÁGINA INICIAL (/) > CONSULTAS (../../CONSULTAS.JSP) > FICHA ESTABELECIMENTO

Dados Estabelecimento

CNES

2487438

CNPJ Próprio

13.937.131/0013-85

Nome Fantasia

HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIAO

Tipo de Estabelecimento

HOSPITAL GERAL

Gestão

ESTADUAL

Natureza Jurídica(Grupo)

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CNPJ Mantenedora

13.937.131/0001-41

Nome da Mantenedora

BAHIA SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO

Cadastrado em

06/12/2003

Atualização na Base Local

01/12/2020

Última atualização Nacional

10/01/2021

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR ()		
66 - UNIDADE ISOLAMENTO	4	4
75 - UTI ADULTO - TIPO II	10	10
51 - UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	12	0
ESPEC - CIRURGICO ()		
03 - CIRURGIA GERAL	22	22
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	8	8
ESPEC - CLINICO ()		
33 - CLINICA GERAL	50	50
OUTRAS ESPECIALIDADES ()		
34 - CRONICOS	2	2
PEDIATRICO ()		
45 - PEDIATRIA CLINICA	20	20

Voltar para o topo

Serviços

Perguntas frequentes

Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Dados abertos

Área de imprensa

Redes Sociais

Twitter (https://twitter.com/cnesms)

Youtube (https://www.youtube.com/channel/UCBUDLhhe-Mp8QDTt1Ba3LMA)

Facebook (https://www.facebook.com/cnesms)

Google+ (https://plus.google.com/113786414575352654271)

RSS

O que é?

Sobre o site

Acessibilidade (/pages/acessibilidade.jsp)

Mapa do site

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br (mailto:suporte.sistemas@datasus.gov.br)
Fale conosco: http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco (http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco)

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - BAHIA
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
WAGNER RIBEIRO D'OLIVEIRA JUNIOR

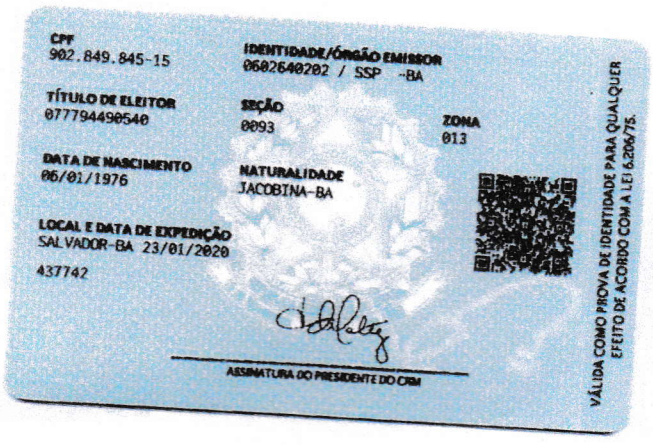
CRM/UF
14725/BA

FILIAÇÃO
MARIA DAS GRAÇAS CARVALHO D'OLIVEIRA
WAGNER RIBEIRO D'OLIVEIRA

DATA DE INSCRIÇÃO
20/02/2001

VIA
02

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF
902.849.845-15

IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR
0602640202 / SSP -BA

TÍTULO DE ELEITOR
077794490540

SEÇÃO
0093

ZONA
013

DATA DE NASCIMENTO
06/01/1976

NATURALIDADE
JACOBINA-BA

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
SALVADOR-BA 23/01/2020

437742

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.

Dr. Wagner Ribeiro
Médico Intensivista
CRM-BA: 14725

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços, celebrado, de um lado, pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02, estabelecida na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, por intermédio de seu representante legal o Sr. **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do Registro de Identidade nº 0249062550, expedida pela SSP/BA, devidamente inscrito do Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o 438.205.495-87, e do outro lado o **SR. WAGNER RIBEIRO DE OLIVEIRA JÚNIOR**, brasileiro, médico, portador da Cédula de Identidade nº 0602640202 expedida pela SSP/BA, inscrito no CPF/MF sob o nº 902.849.845-15, e sob o nº CRM-BA 14.725, com endereço na Rua Ceará, nº 526, Condomínio Villa Romana, ap 203, torre B, Bairro Pituba, na Cidade de Salvador/BA, CEP: 41.830-450, doravante denominado CONTRATADO, estebelecem as partes, de comum acordo, as seguintes disposições:

Cláusula Primeira: o objeto do presente Contrato é a prestação de serviços do Contratado à Contratante, visando prestar assessoramento dentro de sua área de atuação profissional, como Responsavel Técnico, para contratos de gestão em saúde.

Cláusula Segunda: o presente Contrato vigorará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando em 22 de junho de 2023.

Cláusula Terceira: fica estipulado o valor de R$2.090,00 (dois mil, e noventa reais), a título de remuneração mensal ao Contratado, devendo esta ser paga pela Contratante até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação do serviço.

Cláusula Quarta: o Contratante propiciará todas as condições para o bom desempenho do Contratado.

Parágrafo Único: a empresa apenas poderá distratar o presente Contrato se estiver rigorosamente em dia com os honorários profissional do Contratado.

Cláusula Quinta: o presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação formal no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, anteriores ao distrado.

Cláusula Sexta: caso sobrevenham pendências a título de honorários devidos ao Contratado, por ocasião de vencimento do contrato, estipulam as partes de comum acordo que o

Contratado não terá direito a uma multa equivalente, podendo o profissional executar a Contratante, uma vez que este instrumento é título executivo extrajudicial, na forma do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil.

Cláusula Sétima: o presente Contrato, para que seja reconhecido pela entidade fiscalizadora do exercício profissional, deverá ser submetido à apreciação do Presidente do Conselho Regional de Administração da Bahia.

Cláusula Oitava: as controvérsias originadas do presente contrato serão resolvidas de acordo com a legislação em vigor, ficando eleito entre as partes o Foro da Comarca de Salvador/BA para dirimir eventuais litígios acerca do contrato, podendo ser resolvidos, também, por meio de procedimento arbitral. E por estarem justos e contratados, subscrevem o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2(duas) testemunhas.

Salvador/BA, 01 de junho de 2023.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA
CNPJ: 13.824.560/0001-02
Valeriano José de Freitas Neto
Presidente do Conselho de Administração

SR. WAGNER RIBEIRO DE OLIVEIRA JÚNIOR
CPF: 902.849.845-15

Testemunhas:

_____
CPF:

_____
CPF:

GOVERNO DA BAHIA

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
HOSPITAL CLERISTON ANDRADE

SESAB SUS

Programa Credenciado pela CNRM/MEC Parecer nº 19 /95 de 08 de maio de 1995

CERTIFICADO

Certificamos que **a DR.WAGNER RIBEIRO D'OLIVEIRA JUNIOR, CRM nº 14.725 UF Ba. CPF nº 902.849.845-15 ,** concluiu Residência Médica na **área básica** de **CIRURGIA GERAL ,** no período de **01.03.02 à 28.02.04** e na **área de concentração** de **XXXXXXXXX** no período de **XX/XX/XXXX a XX/XX/XXXX,** a quem conferimos o título de especialista, de acordo com a **Lei 6.932** , publicada no **Diário Oficial da União em 09/07/1981.**

Feira de Santana, 02 de junho de 2004.

Diretor | **Coordenador do Programa** | **Médico Residente**

FUNDAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

EU, PROFESSOR DOUTOR GERALDO LEITE, DIRETOR DA ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, TENDO EM VISTA A CONCLUSÃO DO CURSO DE MEDICINA, EM 03 DE DEZEMBRO DE 2000 CONFIRO O TÍTULO DE MÉDICO A

WAGNER RIBEIRO d'OLIVEIRA JÚNIOR

Filho de Wagner Ribeiro d'Oliveira e Maria das Graças Carvalho d'Oliveira, brasileiro, nascido a 06 de janeiro de 1976, natural de Jacobina, Estado da Bahia, e outorgo-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Salvador, 03 de dezembro de 2000

Terezinha Mendonça da Cunha
Secretário

Formando
RG: 602640202

Geraldo Leite
Diretor

Antonio Luiz Mathews Biscaia
Diretor em Exercício

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Curso de Medicina
Reconhecido pelo Decreto nº 43.559
de 23.04.58 - D. O. U. 23.04.58

Conselho Regional de Medicina do
Estado da Bahia
O presente diploma de médico corresponde à inscrição n.º 14.725
aprovado em Sessão Plenária
deste Conselho.
Salvador, Ba. 20 / 02 / 2001

Presidente
Simone Maria Menezes Castellúcio
Cons° Presidente em Exercício

UFBA / SUPAC / SGC
Aurea Ana F. Oliveira
Chefe da Seção de Diplomas
e Certificados.

Por delegação de competência do Ministério da Educação
(Portarias: MEC / DOU nºs 726/77 e 71/77)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
REITORIA

Diploma registrado em 29 / 12 / 2001 às fls.
nº. 245 no livro de registro nº. 18-F2 da
Universidade Federal da Bahia, registro nº. 6.892
Salvador, 29 de dezembro de 2001.

UFBA / SUPAC / SGC
REITOR
Diretor

Delegação Conforme a Portaria 2.137/00

AMB
Associação Médica Brasileira

Associação Médica Brasileira

AMB
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

Associação de Medicina Intensiva Brasileira

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA

ao

Dr. Wagner Ribeiro D'Oliveira Junior

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

São Paulo, 15 de novembro de 2009

Dr. José Luiz Gomes do Amaral	Dr. Aldemir Humberto Soares	Dr. Ederlon Rezende	Dr. Fernando Osni Machado
Presidente da AMB	Secretário Geral da AMB	Presidente da AMIB	Secretário Geral da AMIB

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

ENTRADA OFÍCIO 18/01/10

SOLICITAÇÃO CONFECÇÃO 28/01/10

SAÍDA P/ SOCIEDADE 16/03/10

RETORNO DA SOCIEDADE 08/04/10

CADASTRAMENTO 08/04/10

SAÍDA P/ FEDERADA 19/04/10

REGISTRO 112528

Kátia D'Amico

SECRETARIA DE TÍTULOS DE ESPECIALISTA

(ASSINARAM O PRESIDENTE E O SECRETÁRIO GERAL EM EXERCÍCIO NA DATA DO REGISTRO)

AMB Título válido até dezembro/2014

TABELIÃO de NOTAS

CARTÓRIO DO 1º TABELIÃO DE NOTAS
Alameda Santos, 1.470 - São Paulo - SP - Cep 01418-100
BEL. ROMERO SANTI - TABELIÃO - Tel. (11) 3549-0277 - Fax (11) 3284-6362

Reconheço por semelhança as firmas: JOSE LUIZ GOMES DO AMARAL, ALDEMIR HUMBERTO SOARES, as quais conferem com os padrões depositados em Cartório.
São Paulo, 14 de Abril de 2010
Em testemunho _____ da verdade.
Sandoval Veloso da Silva - Esc.Autorizado
1004141208249 ¦Firma:R$ 3,00¦Total:R$ 6,00

CARTÓRIO DO 1º TABELIÃO DE NOTAS
AL. SANTOS, 1470 SP
Sandoval Veloso da Silva
Escrevente Autorizado

1042AA286135

INSTITUTO PALIAR

CERTIFICADO DE CONCLUSÃO

Certificamos que o(a) aluno(a) **Wagner Ribeiro D'Oliveira Junior**, concluiu e foi **APROVADO(A)** na **Pós-Graduação: Aperfeiçoamento Em Cuidados Paliativos - Salvador**", do **Instituto Paliar** em Treinamento em Desenvolvimento Profissional e Gerencial Ltda., no período de 29 de março a 7 de dezembro de 2019, com carga horária de 300 horas.

São Paulo, 3 de março de 2020

Maria Goretti Sales Maciel	Dalva Yukie Matsumoto	Ricardo Tavares de Carvalho
Diretora de Comunicação	Diretora Pedagógica	Diretor Financeiro/Administrativo

HISTÓRICO ESCOLAR

Pós-Graduação: Aperfeiçoamento Em Cuidados Paliativos - Salvador

Wagner Ribeiro D'Oliveira Junior

Período de Realização: 29 de março a 7 de dezembro de 2019

Módulos	Carga Horária	Frequência
Adjuvantes no Tratamento da Dor; Anorexia e Caquexia; Náusea, Vômito, Obstrução Maligna, Alimentação e Hidratação Artificiais	20	
Bioética e Legislação, Avaliação do Paciente, Estrutura de Assistência em Cuidados Paliativos	20	
Comunicação Empática e em Cuidados Paliativos, Má Notícia e Abordagem Diretivas Antecipadas Vontades; Registro em Prontuário; Reunião de Família, Medi	20	
Dor e Sofrimento Total; Princípios na Avaliação e Controle da Dor; Tratamento Não Farmacológico da Dor; Introdução, Manejo e Rotação de Opióides e Hip	20	
Emergências em Cuidados Paliativos, Decisões Complexas; Cuidados com a Pele; Dispnéia e Outros Sintomas Respiratórios; Fadiga e Reabilitação	20	
Espiritualidade, Luto, Prognóstico e Assistência à Terminalidade e Sedação Paliativa	20	
Estudo, leituras e tarefas complementares	120	
Oficina de Final de Vida; Oficina de Comunicação; O Cuidado do Profissional	20	
Sequelados Neurológicos e a Prática da Terapia Ocupacional; Cuidados com a Boca; Delirium, Ansiedade e Depressão; Cuidados Pós-Morte e Trâmites Legais	20	
Ser Paliativista, Conceitos e Elegibilidade dos Cuidados Paliativos	20	
Carga Horária Total:	300	100,00%

Aprovado- Nota Final 9,0 **Média para aprovação 7,0**

898

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **WAGNER RIBEIRO D OLIVEIRA JUNIOR,** portador (a) do CPF 902.849.845-15 trabalhou nesta empresa no período de 10/05/2022 à 12/06/2023 exercendo a função de **DIRETOR MÉDICO** lotado no setor DIRETORIA EMEC no HOSPITAL MATER DEI EMEC, localizado na cidade de Feira de Santana-BA, sendo que não há em nossos arquivos qualquer fato que desabone sua conduta profissional .

Por ser verdade firmamos o presente.

Salvador, 14 de junho de 2023.

Marcelo Sonneborn
Diretor Geral
Hospital Mater Dei Emec
Rede Mater Dei de Saúde

HOSPITAL MATER DEI EMEC

Portal do Governo Brasileiro (http://brasil.gov.br)

ACESSIBILIDADE (/PAGES/ACESSIBILIDADE.JSP)

ALTO CONTRASTE

(/)

Buscar no Portal

Perguntas Frequentes
Consultas (/pages/consultas.jsp)
Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Bem vindo ao nosso novo site! Para acessar as funcionalidades que ainda não foram implementadas, favor clicar aqui. (http://cnes2.datasus.gov.br)

PÁGINA INICIAL (/) > CONSULTAS (../../CONSULTAS.JSP) > FICHA ESTABELECIMENTO

Dados Estabelecimento

CNES

2802031

CNPJ Próprio

13.671.086/0001-26

Nome Fantasia

HOSPITAL MATER DEI

Tipo de Estabelecimento

HOSPITAL ESPECIALIZADO

Gestão

MUNICIPAL

Natureza Jurídica(Grupo)

ENTIDADES EMPRESARIAIS

CNPJ Mantenedora

Nome da Mantenedora

Cadastrado em

22/09/2003

Atualização na Base Local

08/06/2020

Última atualização Nacional

14/02/2023

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CIRURGICO ()		
06 - GINECOLOGIA	5	5
ESPEC - CLINICO ()		
33 - CLINICA GERAL	1	1
HOSPITAL DIA ()		
07 - CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	3	3
OBSTETRICO ()		
10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	46	46
PEDIATRICO ()		
45 - PEDIATRIA CLINICA	4	4

Voltar para o topo

Serviços

Perguntas frequentes

Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Dados abertos

Área de imprensa

Redes Sociais

Twitter (https://twitter.com/cnesms)

Youtube (https://www.youtube.com/channel/UCBUDLhhe-Mp8QDTt1Ba3LMA)

Facebook (https://www.facebook.com/cnesms)

Google+ (https://plus.google.com/113786414575352654271)

RSS

O que é?

Sobre o site

Acessibilidade (/pages/acessibilidade.jsp)

Mapa do site

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br (mailto:suporte.sistemas@datasus.gov.br)
Fale conosco: http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco (http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco)

Prefeitura Municipal de
Conceição do Jacuípe

Mais Amor por Você

DECLARAÇÃO

Na condição de **Secretária Municipal de saúde**, eu, **Zenaildes Lisboa Rodrigues, CPF 565.037.175-04**, atesto para todos os fins de direito que **WAGNER RIBEIRO D'OLIVEIRA JUNIOR**, médico, inscrito sob **CPF Nº 902.849.845-15 e CRM Nº 14725**, exerceu suas atividades profissionais como **DIRETOR MÉDICO** no **HACM (Hospital Municipal Antônio Carlos Magalhães)**, no período **FEVEREIRO de 2017 a 31 de DEZEMBRO de 2020**.

Declaro ainda que, o serviço acima mencionado foi prestado de forma eficiente, com cumprimento de todos as suas responsabilidades profissionais com retidão, lisura e ética compatíveis à seriedade do cargo exercido, não havendo nada nos registros da citada instituição de saúde que desabone sua conduta.

31 de dezembro de 2020.

Dra. Zenaildes Lisboa
Sec. Municipal de Saúde
Conceição do Jacuípe - Ba
CPF. 565.037.175-04 Dec. Nº [illegible]

ZENAILDES LISBOA RODRIGUES
SECRETÁRIA DE SAÚDE
CNPJ: 11.322.978/0001-96

Portal do Governo Brasileiro (http://brasil.gov.br)

ACESSIBILIDADE (/PAGES/ACESSIBILIDADE.JSP)

ALTO CONTRASTE

(/)

Buscar no Portal

Perguntas Frequentes
Consultas (/pages/consultas.jsp)
Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Bem vindo ao nosso novo site! Para acessar as funcionalidades que ainda não foram implementadas, favor clicar aqui. (http://cnes2.datasus.gov.br)

PÁGINA INICIAL (/) > CONSULTAS (../../CONSULTAS.JSP) > FICHA ESTABELECIMENTO

Dados Estabelecimento

CNES

4021231

CNPJ Próprio

Nome Fantasia

HOSPITAL MUNICIPAL ANTONIO CARLOS MAGALHAES

Tipo de Estabelecimento

UNIDADE MISTA

Gestão

ESTADUAL

Natureza Jurídica(Grupo)

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CNPJ Mantenedora

13.769.609/0001-71

Nome da Mantenedora

PREFEITURA MUNICIPAL DE AIQUARA

Cadastrado em

12/11/2003

Atualização na Base Local

27/11/2020

Última atualização Nacional

29/12/2020

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CLINICO ()		
33 - CLINICA GERAL	8	8
OBSTETRICO ()		
43 - OBSTETRICIA CLINICA	1	1
PEDIATRICO ()		
45 - PEDIATRIA CLINICA	4	4

Voltar para o topo

Serviços

Perguntas frequentes

Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Dados abertos

Área de imprensa

Redes Sociais

Twitter (https://twitter.com/cnesms)

Youtube (https://www.youtube.com/channel/UCBUDLhhe-Mp8QDTt1Ba3LMA)

Facebook (https://www.facebook.com/cnesms)

Google+ (https://plus.google.com/113786414575352654271)

RSS

O que é?

Sobre o site

Acessibilidade (/pages/acessibilidade.jsp)

Mapa do site

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br (mailto:suporte.sistemas@datasus.gov.br)
Fale conosco: http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco (http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco)

Curriculum Vitae

Dados Pessoais

Nome: WAGNER RIBEIRO D'OLIVEIRA JÚNIOR
Data de nascimento: 06/01/1976
CRM: 14725
Endereço: Rua Ceará, n° 526, Condomínio Villa Romana, ap.203, torre B, Pituba ,Salvador-Ba
Telefone: 71 988924333

Formação Acadêmica

Pós-Graduação

Residência Médica em Cirurgia Geral (MEC) – Hospital Geral Cleriston Andrade - FSA-BA
Período: Março 2002 à Fevereiro de 2004

Residência Médica em Terapia Intensiva (PEMI-AMIB) –Hospital da Cidade – Salvador–Ba
Período: Abril 2005 à Abril de 2007

Título de Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB em 2009

MBA em gestão executiva em saúde (turma 8) – Fundação Getúlio Vargas – Salvador -Ba
Periodo: desde março de 2013

Graduação

Curso de Medicina-Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Período de janeiro de 1994 à dezembro de 2000.

Pós Graduação

Aperfeiçoamento em Cuidados paliativos – Instituto Paliar
Período de março a Dezembro de 2019

Curso de Extensão

-**ACLS** – Hospital Aliança –Salvador-Ba

-**ACLS-Instrutor** (Hospital Aliança)

-**FCCS** – Hospital Geral Roberto Santos-Salvador-Ba

-**Via Aérea Difícil** (Congresso Baiano de Terapia intensiva)

Experiência Profissional

Hospital Geral Cleriston Andrade – Feira de Santana: Coordenação da UTI 2 e Diarista da semi-intensiva.
Período: desde janeiro de 2008 até dezembro de 2012

Hospital Português- Salvador: Unidade de Gastro Hepatologia.
Período: janeiro de 2007- janeiro de 2010

Hospital Espanhol- Salvador : UTI Geral
Período: maio de 2007- novembro de 2014

Hospital Salvador- Salvador – Coordenação da UTI Geral
Período: fevereiro de 2012- outubro 2016

Hospital Antônio Carlos Magalhães- Conceição do Jacuipe - *Diretória técnica*
Período: fevereiro de 2018- dezembro 2021

Hospital Emec – Feira de Santana – Coordenação da UTI Geral
Período: fevereiro de 2015- abril 2022

Hospital Ernesto Simões Filho- Salvador - diarista de UTI Geral
Período: desde abril de 2016 até a presente data

Hospital Emec/ Mater Dei - Feira de Santana - *Diretória técnica*
Período: desde abril de 2022 até a presente data

Apresentação em Congresso

- **COTIBA – Salvador –Ba, 2009.** Palestrante de mesa redonda – Gastroentensivismo com o tema: Abdômen Agudo no paciente crítico.

- **Ciclo de Treinamento em Emergências Médicas – Feira de Santana-Ba, 2008.** Debatedor na mesa redonda, tema: "Como eu faço no atendimento ao paciente politraumatizado".

- **II Simpósio Internacional de Medicina Intensiva em gastroenterologia e Hepatologia – Salvador-Ba, 2007.** Membro da mesa III: Manejo Pós-operatório de cirurgia abdominal de grande Porte com o tema: Esofagectomia.

- **I Jornada de Feira de Santana CBC- Sobracil Bahia – Feira de Santana-Ba 2006.** Debatedor de mesa redonda – "Como eu faço no Abdômen agudo Traumático".

- **I Encontro baiano da rede SAMU 192 – Feira de Santana, 2006** – Moderador de Mesa Redonda, "Situação do Transplante e Captação de Órgãos".

- **I simpósio de Terapia Intensiva do Hospital Geral Cleriston Andrade- Feira de Santana,2010** – Presidente do simpósio .

Material Didático Impresso

- OLIVEIRA WR. **Uso do Tenecteplase no IAM de parede inferior**. Fato & Infarto. Ano 4, n° 12, 2006.

Capítulo de Livro

-OLIVEIRA WR. **Esofagectomia. Manual de Cuidados Intensivos em Gastroenterologia e Hepatologia.** Manole LTDA, 1° edição, 2009.

SEÇÃO JUDICIÁRIA DA BAHIA

CERTIDÃO - SJBA-12ª VARA

Certifico que FÁBIO HENRIQUE COSTA DE ALMEIDA, inscrito no RG 2.002.414/SSP-BA, CPF/MF 356.473.375-20 e Conselho Regional de Economia - CORECON n. 4249, foi designado por este MM. Juízo da 12ª Vara Federal da Seção Judiciária da Bahia, pelo Juiz Federal Dr. Ávio Mozar José Ferraz de Novaes, nos autos da Ação Civil Pública n. 14244-98.2016.4.01.3300 para atuar na função de Administrador Provisório da Intervenção Judicial decretada ao Hospital Municipal José Mário dos Santos, do Município de Candeias/BA, tendo desempenhado, com competência e comprometimento, as suas atribuições no período de julho de 2016 a fevereiro de 2020. Dou fé. Sandra Barco Nogueira, matrícula ba354403, Diretora da Secretaria da 12ª Vara Federal da Seção Judiciária da Bahia.

Documento assinado eletronicamente por **Sandra Barco Nogueira, Diretor(a) de Secretaria de Vara**, em 29/07/2021, às 15:16 (horário de Brasília), conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://portal.trf1.jus.br/portaltrf1/servicos/verifica-processo.htm informando o código verificador **13617936** e o código CRC **6D2F1873**.

imprimir

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA DE ATENCÃO À SAÚDE

25/4/2023
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA POR COMPETÊNCIA 02/2020

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 27/5/2003 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: /02/2020

Nome:			**CNES:**	**CNPJ:**
HOSPITAL MUNICIPAL DE CANDEIAS			2387581	
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANDEIAS			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
LOTEAMENTO JARDIM OURO NEGRO			S/N	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
	OURO NEGRO	43815360	CANDEIAS	BA
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**	**Dependência:**	
HOSPITAL GERAL	sem sub tipo	DUPLA	MANTIDA	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**56**
Outros	**89**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	**Convênio:**
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS
Fluxo de Clientela:	

Leitos

CIRÚRGICO		
Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
CIRURGIA GERAL	5	5
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	3	3
CLÍNICO		
Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
CLINICA GERAL	12	12
OBSTETRÍCIA		
Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
OBSTETRICIA CLINICA	8	8
OBSTETRICIA CIRURGICA	3	3

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLINICA	4	4

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
RAIO X DE 100 A 500 MA	1	1	SIM
ULTRASSOM CONVENCIONAL	1	0	SIM
ULTRASSOM ECOGRAFO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
USINA DE OXIGENIO	1	0	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BERÇO AQUECIDO	3	3	SIM
BOMBA DE INFUSAO	9	9	SIM
DESFIBRILADOR	5	5	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	1	0	SIM
INCUBADORA	2	2	SIM
MONITOR DE ECG	1	1	SIM
MONITOR DE PRESSAO INVASIVO	6	5	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	5	5	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	11	4	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	2	0
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	3
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	3
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	4

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS ESPECIALIZADAS	1	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0

HOSPITALAR

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0

SALA DE RECUPERACAO	1	3
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	3
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	6
LEITOS RN PATOLOGICO	0	1

Serviços de Apoio

Serviço:	Característica:
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		Hospitalar:	
Cod.:	Serviço:	Característica:	Amb.:	SUS:	Hosp.:	SUS:
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO

Serviços e Classificação

Codigo:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 005	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	CENTRO DE PARTO NORMAL	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO

145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRA-SONOGRAFIA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 007	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

CPS LINDU 049/2021

Pelo presente instrumento particular de Prestação de Serviços, que, entre si, celebram, de um lado o **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, pessoa jurídica, sem fins lucrativos, com matriz devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 13.824.560/0001-02 e sua filial sob o nº. 13.824.560/0005-36, por meio de seu Presidente do Conselho de Administração, o Sr. Valeriano José de Freitas Neto, doravante denominada **CONTRATANTE** e, do outro lado, **FCA CONSULTORIA E ASSESSORIA EIRELI,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 37.631.248/0001-60, com sede na Rua Minas Gerais, nº. 515, sala 101, Pituba, Salvador – BA, CEP: 25.850-000, (71) 3561-6164, e-mail: acmed@acmedgestao.com.br, representada, neste ato, na forma do seu contrato social, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, as **PARTES** firmam o presente contrato que será, ao final, assinado na presença de 02 (duas) testemunhas, nos termos, cláusulas e condições dispostas a seguir, mutuamente outorgados e aceitos.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto do presente contrato a prestação de serviços de apoio à gestão operacional para gerir o Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu, em Paraíba do Sul/RJ, em virtude do Contrato de Gestão firmado entre o Estado do Rio de Janeiro e a **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DO PAGAMENTO

A **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, pela prestação de serviços, o valor mensal de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), conforme proposta apresentada.

Parágrafo Primeiro – O pagamento ocorrerá no dia 10 (dez) do mês subsequente ao período da prestação de serviço, desde que satisfeitas todas as condições de qualidade.

Parágrafo Segundo – A efetivação do pagamento ocorrerá somente após a entrega da Nota Fiscal, por meio de pagamento na conta da contratada.

Parágrafo Terceiro – Em caso de atraso no pagamento, a **CONTRATANTE** ficará sujeita a atualização monetária do valor faturado, calculado desde o dia seguinte ao seu vencimento, até a data de seu efetivo pagamento, com base no IGP-M.

Parágrafo Quarto – Os encargos financeiros relativos ao atraso de pagamento, por conta da **CONTRATANTE**, serão calculados "pro rata" dia, com base no IGP-M, entre a data do vencimento da obrigação e a data do efetivo pagamento.

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587 Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

Parágrafo Quinto – Esse valor inclui todos os custos diretos e indiretos, seguros, tributos, impostos, taxas, tarifas, ônus ficais e trabalhistas, bem como quaisquer outras despesas necessárias à execução do objeto deste contrato.

Parágrafo Sexto – A **CONTRATADA** é responsável pela correção dos dados apresentados, bem como por erros ou omissões.

Parágrafo Sétimo – Nenhum pagamento isentará a **CONTRATADA** do cumprimento de suas responsabilidades contratuais.

Parágrafo Oitavo – Os pagamentos descritos na cláusula terceira e acima estarão condicionados ao recebimento, por parte da **CONTRATANTE**, dos recursos a ela repassados, previstos no Contrato de Gestão firmado entre a **CONTRATANTE** e o Governo do Estado do Rio de Janeiro e seus anexos, referente ao Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu.

Parágrafo Nono: Todas as despesas eventualmente decorrentes da prestação dos serviços deverão ser previamente aprovadas pela **CONTRATANTE.** Após aprovação, as despesas deverão ser adiantadas pela **CONTRATADA** e reembolsadas pela **CONTRATANTE** no prazo de até 10 (dez) dias úteis, mediante o envio de prestação de contas, pedido de reembolso e apresentação dos respectivos comprovantes.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

A presente contratação **vigerá até o dia 27 de dezembro de 2024**, quando o contrato de gestão mencionado no parágrafo oitavo da cláusula segunda supra chegar ao fim.

Parágrafo único: Quaisquer mudanças necessárias deverão ser feitas por meio de aditivo contratual.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

4.1 Cabe à **CONTRATANTE**:

I – Realizar os pagamentos devidos nas datas pactuadas no presente instrumento;

II – Orientar e acompanhar a execução deste contrato;

III – Acompanhar e emitir Parecer Técnico sobre o cumprimento pela CONTRATADA, das obrigações assumidas;

IV – Exigir a fiel observância das especificações do serviço, bem como recusar os que não contenham as especificações, sem qualquer ônus para a CONTRATANTE;

V – Executar os serviços contratados com fiel observância das especificações e condições estabelecidas no contrato.

4.2. Cabe à **CONTRATADA**:

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587 Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

I – Observar rigorosamente as normas técnicas em vigor, as especificações e exigências emanadas pela **CONTRATANTE**, bem como todas as Cláusulas deste Contrato;

II – Responsabilizar-se por todas as despesas decorrentes da prestação dos serviços;

III – Conduzir a execução dos Serviços contratados, de acordo com as melhores técnicas profissionais, com estrita observância às leis vigentes e ao estabelecido no presente contrato, sujeitando-se à Coordenação da **CONTRATANTE**, que poderá estabelecer prioridades, sugerir modificações, substituições de métodos e de procedimentos que julgar necessários;

IV – Assumir, com exclusividade, todos os encargos, impostos e taxas que forem devidos em decorrência do objeto deste contrato, bem como as contribuições devidas à Previdência Social, encargos trabalhistas, prêmios de seguro e de acidentes de trabalho e outras despesas que se fizerem necessárias ao cumprimento do objeto pactuado;

V – Responsabilizar-se pelo recolhimento dos tributos que venham a incidir sobre os serviços fornecidos, reservando à **CONTRATANTE** o direito de deduzir, dos valores a serem pagos à **CONTRATADA**, as quantias correspondentes aos tributos eventualmente não recolhidos;

VI – Efetuar a prestação de serviços com zelo, diligência e pontualidade;

VII – Tratar de forma estritamente confidencial as informações levadas a seu conhecimento, só divulgando o que for formalmente autorizado;

VIII – Manter sigilo sobre todos os dados a respeito da **CONTRATANTE** aos quais venha a ter acesso e cuja divulgação não fora autorizada;

IX – Não divulgar ou repassar, a pessoas físicas ou jurídicas, concorrentes ou não, sob nenhuma hipótese, as informações confidencias de que, por ventura, teve conhecimento, por força do presente instrumento;

X – Atuar com zelo, discrição, probidade e competência, em estrita observância à legislação aplicável à sua atividade e ao objeto e previsões deste Contrato, sempre por conta e sob as diretrizes da **CONTRATANTE**, garantindo a integridade, confiabilidade, segurança e o sigilo das transações, informações e documentos relacionados aos serviços contratados;

XI – Estar fisicamente presente na sede da **CONTRATANTE**, localizada na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, quando necessário;

XII – Emitir Nota Fiscal;

XIII – Responsabilizar-se por toda e qualquer subcontratação de pessoa física ou jurídica por ela efetuada, não subsistindo para a **CONTRATANTE** qualquer obrigação ou responsabilidade decorrente da subcontratação;

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587 Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

XIV – Responsabilizar-se por todos os danos que causar, bem como por todas as ações e ou omissões de seus funcionários, contratados, subcontratados e/ou prepostos, indenizando e isentando a **CONTRATANTE** contra qualquer reclamação, demanda, dano, honorários de advogados, despesas, perdas e outras penalidades que sejam imputadas à **CONTRATANTE** em decorrência de atos ou fatos causados pela **CONTRATADA**, ou por qualquer pessoa que atue em representação da mesma, com culpa e/ou dolo; e

XV – Arcar com as multas e quaisquer penalidades porventura impostas por infrações de dispositivos legais de sua responsabilidade.

4.3. A **CONTRATADA** fica expressamente proibida de realizar quaisquer acordos, negociar preços, cláusulas, condições, e/ou de qualquer forma transigir, dar quitação, recibo e/ou assumir quaisquer obrigações em nome da Contratante sem a prévia e expressa concordância desta.

4.4 As Partes, neste ato, declaram que estão agindo de forma independente e que os serviços serão prestados de forma autônoma e sem qualquer subordinação laboral. Ainda, o relacionamento contratual aqui acordado não será interpretado como joint venture, associação, representação, parceria ou relacionamento de qualquer natureza que não o de prestação de serviços aqui pactuados.

4.5 As Partes assumem o compromisso de manter estrita confidencialidade dos dados e elementos das operações e Serviços aqui ajustados durante a vigência deste Contrato e por um prazo de 2 (dois) anos após o seu término, exceto pela obrigação de manter confidencialidade das informações de clientes, a qual permanecerá por prazo indeterminado, na forma da legislação e regulamentação em vigor.

4.6 As Partes declaram e concordam que o presente contrato, incluindo todas as páginas de assinatura e eventuais anexos, todas formadas por meio digital com o qual expressamente declaram concordar, representam a integralidade dos termos entre elas acordados, substituindo quaisquer outros acordos anteriores formalizados por qualquer outro meio, verbal ou escrito, físico ou digital, nos termos dos art. 107, 219 e 220 do Código Civil.

4.7 Adicionalmente, nos termos do art. 10, § 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, as Partes expressamente concordam em utilizar e reconhecem como válida qualquer forma de comprovação de anuência aos termos ora acordados em formato eletrônico, ainda que não utilizem de certificado digital emitido no padrão ICP-Brasil. A formalização das avenças na maneira supra acordada será suficiente para a validade e integral vinculação das partes ao presente contrato.

Parágrafo Único: O presente Contrato é celebrado sem caráter de exclusividade, podendo a Contratante contratar livremente com outras partes os mesmos serviços objeto deste Contrato.

CLÁUSULA QUINTA – DAS SANÇÕES

O descumprimento total ou parcial, por parte da **CONTRATADA**, das obrigações estabelecidas neste Contrato, ficará sujeito às seguintes penalidades, garantida a prévia defesa:

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587 Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

I – multa pelo descumprimento de cláusula contratual: 2,5% sobre o valor contratual;

II – multa por desatendimento das determinações do funcionário da **CONTRATANTE** designado para acompanhar e fiscalizar a execução do contrato: 2,5% sobre o valor contratual;

III – multa pela inexecução parcial do contrato: 10% sobre o valor contratual;

IV– multa pela inexecução total do contrato: 20% sobre o valor contratual.

CLÁUSULA SEXTA– DA RESCISÃO

O presente contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, mediante o aviso prévio de 30 (trinta) dias, sem qualquer ressarcimento pelas parcelas já pagas e sem prejuízo daquelas que estiverem em atraso.

Será considerado justa causa para a rescisão contratual, além dos previstos em lei, independente de aviso, notificação ou interpelação judicial:

a) Falência, concordata, dissolução ou liquidação de qualquer das partes;

b) Inadimplência, por uma das partes, de quaisquer obrigações previstas no contrato, salvo em decorrência de caso fortuito ou força maior;

c) Subcontratação ou cessão parcial ou total deste contrato a terceiros, sem autorização expressa da outra parte;

d) Descumprimento de qualquer das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento.

e) As Partes acordam e estabelecem que o Contrato também poderá ser rescindido caso o Contrato de Gestão firmado entre a **CONTRATANTE** e a Governo do Estado do Rio de Janeiro e seus anexos, referente a Unidade Hospitalar onde o fornecimento é realizado, seja rescindido, por qualquer motivo e a qualquer tempo. Neste caso, a **CONTRATANTE** notificará formalmente a **CONTRATADA** neste sentido, não havendo, nesta hipótese cominação de multa ou indenização em razão de tal rescisão antecipada.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS CASOS OMISSOS

Fica estabelecido que, caso venha a ocorrer algum fato não previsto no instrumento, os chamados casos omissos, estes deverão ser resolvidos entre as partes, respeitados o objeto deste Contrato, o código civil vigente, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado pertinentes.

Parágrafo único: Na hipótese de divergência entre o estipulado na proposta comercial apresentada pela **CONTRATADA** e o contrato ora firmado, prevalecerão as disposições e condições acordadas neste último.

CLÁUSULA OITAVA – DO REAJUSTE DE PREÇOS

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587 Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

O preço proposto não poderá sofrer reajustes antes de decorrido o período contratado.

CLÁUSULA NONA – DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Paraíba do Sul - RJ, para dirimir as questões oriundas da execução deste instrumento, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.
E assim por estarem de acordo, ajustadas e contratadas, após lido e achado conforme, as partes, a seguir, firmam o presente Contrato, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Paraíba do Sul/RJ, 27 de dezembro de 2022.

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587
Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA

FCA CONSULTORIA E ASSESSORIA EIRELI

Testemunhas:

Nome
CPF

Nome
CPF

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
37.631.248/0001-60 **MATRIZ**		**06/07/2020**

NOME EMPRESARIAL
FCA CONSULTORIA E ASSESSORIA LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
FCA CONSULTORIA E ASSESSORIA	**DEMAIS**

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
85.99-6-04 - Treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
70.20-4-00 - Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica
82.30-0-01 - Serviços de organização de feiras, congressos, exposições e festas

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
206-2 - Sociedade Empresária Limitada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
R MINAS GERAIS	**515**	**SALA 101**

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
41.830-020	**PITUBA**	**SALVADOR**	**BA**

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
ACMED@ACMEDGESTAO.COM.BR	**(71) 3561-6164**

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	**06/07/2020**

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **25/06/2023** às **12:40:17** (data e hora de Brasília). Página: **1/1**

Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

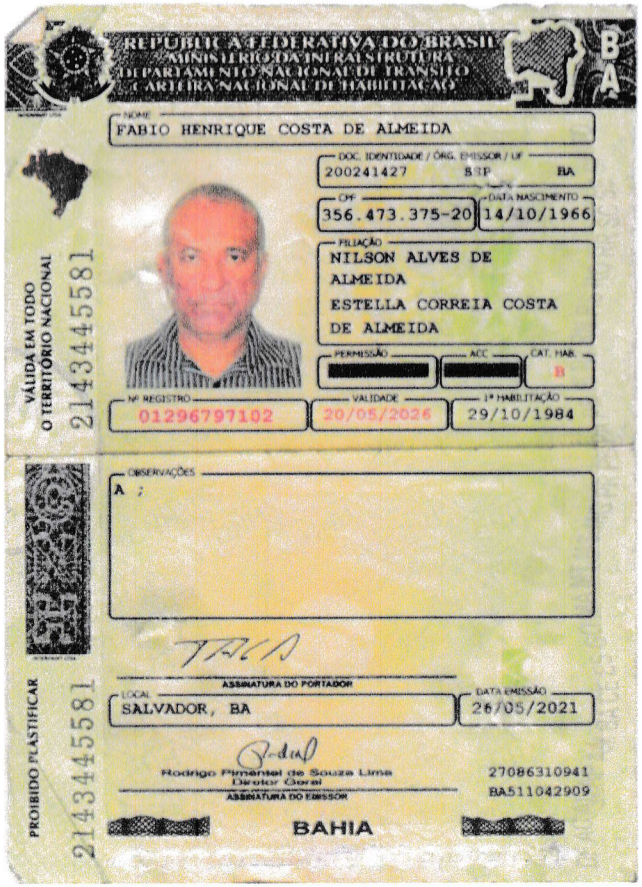
CNPJ:	37.631.248/0001-60
NOME EMPRESARIAL:	FCA CONSULTORIA E ASSESSORIA LTDA
CAPITAL SOCIAL:	R$105.000,00 (Cento e cinco mil reais)

O Quadro de Sócios e Administradores(QSA) constante da base de dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) é o seguinte:

Nome/Nome Empresarial:	FABIO HENRIQUE COSTA DE ALMEIDA
Qualificação:	49-Sócio-Administrador

Para informações relativas à participação no QSA, acessar o e-CAC com certificado digital ou comparecer a uma unidade da RFB.

Emitido no dia **25/06/2023** às **12:42** (data e hora de Brasília).



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

BA

NOME
FABIO HENRIQUE COSTA DE ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
200241427 BIP BA

CPF
356.473.375-20

DATA NASCIMENTO
14/10/1966

FILIAÇÃO
NILSON ALVES DE ALMEIDA
ESTELLA CORREIA COSTA DE ALMEIDA

PERMISSÃO [redacted] ACC [redacted] CAT. HAB. B

Nº REGISTRO
01296797102

VALIDADE
20/05/2026

1ª HABILITAÇÃO
29/10/1984

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2143445581

OBSERVAÇÕES
A ;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SALVADOR, BA

DATA EMISSÃO
26/05/2021

Rodrigo Pimentel de Souza Lima
Diretor Geral
ASSINATURA DO EMISSOR

27086310941
BA511042909

[redacted] BAHIA [redacted]

PROIBIDO PLASTIFICAR
2143445581

PROPOSTA PARA CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIO CURRICULARES, TREINAMENTOS EM SERVIÇOS, RESIDÊNCIAS E ESTÁGIOS.

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA - CNPJ: 13.824.560/0001-02
Endereço: Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000
e-mail: www.insvsaude.org

PROTOCOLO DE INTENÇÕES Nº 001/2023

PROTOCOLO DE INTENÇÕES QUE ENTRE SI CELEBRAM A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA E A FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS E JURIDICA - FACMED LTDA - ME.

De um lado, a **FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS E JURIDICA - FACMED LTDA – ME,** instituição de ensino, pesquisa e extensão, inscrita no CNPJ nº 10.609.475/0001-33, fundada em 24/02/2012 e com razão social Colégio e Faculdade de Ciências Medicas e Jurídica - FACMED LTDA, situada na cidade Goiânia do estado Goiás, cuja atividade principal, conforme a Receita Federal, é 85.33-3-00 - Educação superior - pós-graduação e extensão, doravante denominada **FACMED**, neste ato representada por **Nilton Elias de Sousa**, brasileiro, casado, empresário, portador da cédula de identidade nº 1.881.630 SSP/BA, inscrito no CPF nº 007.698.657-80, residente e domiciliado na Rua Araguaia, 2020B, Santa Rita, Augustinópolis, CEP nº 77960-000; Do outro lado, **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA,** inscrita no CNPJ sob o nº 13.824.560/0001-02, neste ato representado por Valeriano José de Freitas Neto, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 249062550 SSP/BA, inscrito no CPF nº 438.205.495-87, resolvem celebrar o presente **PROTOCOLO DE INTENÇÕES** que se regerá pela Lei Federal nº 8.666 de 21/06/1993 e suas alterações, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Protocolo tem por objeto estabelecer áreas de cooperação para formalização de convênios entre a **INSV e a FACMED** no âmbito da graduação em medicina e Saúde Pública, de aprimoramento e/ou aperfeiçoamento, especialização *(lato* e *stricto sensu*), formação de pessoal, desenvolvimento de estágio curricular, formação de pesquisa e de veiculação desta produção, desenvolvimento de programas de software aplicativo, assim como, a implantação de editais de seleção.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS FORMAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Para alcançar os objetivos definidos na cláusula anterior, as instituições signatárias desenvolverão projetos e propostas específicas que, uma vez definidas, serão formalizadas através de instrumentos específicos, nos quais serão definidas as obrigações e responsabilidades técnicas e financeiras de cada uma das instituições.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS COMPROMISSOS

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587 Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA - CNPJ: 13.824.560/0001-02
Endereço: Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000
e-mail: www.insvsaude.org

O intercâmbio entre as instituições deverá ser capaz de promover como resultados esperados:

a) Fortalecimento da infra-estrutura das duas instituições, por meio do intercâmbio de recursos disponíveis em cada uma delas;

b) Capacidade da INSV para chancelar cursos em nível de Graduação e Pós-graduação por parte da FACMED;

c) Melhorar a capacidade de produção e disseminação de conhecimento resultante de projetos de pesquisa, desenvolvidos em parceria pelas instituições;

d) Ampliar e melhorar os programas de Pós-graduação já existentes (aperfeiçoamento e/ou aprimoramento) incluindo as residências em saúde.

e) Desenvolvimento de novas tecnologias de ensino, com ênfase na Educação a Distância;

f) Cooperação no desenvolvimento de programas de softwares aplicativos;

g) Desenvolvimento de Programas de Cursos de Graduação e Pós-graduação na área de saúde;

h) Desenvolvimento, elaboração e publicação de editais e monitoramento dos processos seletivos dos programas implantados em parceria coma FACMED.

CLÁUSULA QUARTA – DO RECURSO FINANCEIRO

O presente Protocolo não gerará nenhum ônus financeiro às partes.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

Durante a vigência do presente instrumento será lícita a inclusão de novas cláusulas e/ou condições, bem como quaisquer alterações, com exceção no tocante ao seu objeto, as quais poderão ser realizadas através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA

O presente protocolo de Intenções vigorará pelo prazo de 72 (setenta e dois) meses, a contar da data de sua assinatura, com possibilidade de prorrogação, dependendo dos resultados alcançados e do interesses das partes envolvidas, conforme Ar. 57 inciso II da lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DENÚNCIA

O presente Protocolo poderá ser denunciado a qualquer momento, desde que a parte interessada, justificadamente, notifique a outra, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICIDADE

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587
Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

As comunicações entre os partícipes, inclusive reclamações, notificações e petições sobre o presente Protocolo, serão realizadas por escrito e remetidas aos endereços constantes do preâmbulo deste instrumento.

CLÁUSULA NONA – DA PUBLICAÇÃO

Este Protocolo de Intenções será publicado no Diário Oficial do Estado, a cargo da UEG, na forma de extrato, em consonância com o Parágrafo Único do Art. 61 da lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos em comum acordo entre as parte, obedecendo aos ditames legais.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

Fica eleito o Fora da Comarca de Goiânia/GO, para dirimir dúvidas ou litígios oriundos da execução deste instrumento, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, em detrimento ao § 2º da Art. 55 da Lei 8.666/93.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, as partes e as testemunhas abaixo assinadas, para todos os efeitos legais.

Goiânia, Goiás, 13 de julho de 2023

gov.br Documento assinado digitalmente
NILTON ELIAS DE SOUSA
Data: 04/09/2023 15:16:21-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

FACMED
CNPJ nº 10.609.475/0001-33

VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587
Assinado de forma digital por VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO:43820549587

INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA - INSV
CNPJ nº 13.824.560/0001-02

TESTEMUNHAS:

CPF Nº

CPF Nº

APRESENTAÇÃO DE TITULO STRICTO SENSU NA ÁREA DE GESTÃO EM SAÚDE DOS INDICADOS PARA A GESTÃO DA UNIDADE, COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INTERESSE DO TITULAR

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

Índice

1. André Gusmão Cunha
2. Laigton Pereira de Almeida

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DA BAHIA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
ANDRÉ GUSMÃO CUNHA

CRM/UF
012988/BA

FILIAÇÃO
ROOSEVELT BATISTA NASCIMENTO DA CUNHA
NILCE MARIA GUSMÃO SOUZA CUNHA

DATA DE INSCRIÇÃO
06/05/2002

VIA
1

ASSINATURA DO PORTADOR

CPF
629.731.505-15

RG / ÓRGÃO EMISSOR
04786561 06/SSP-BA

TÍTULO DE ELEITOR
065811790582

SEÇÃO
048

ZONA
013

DATA DE NASCIMENTO
13/01/1972

NATURALIDADE
SALVADOR-BA

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
SALVADOR,02/05/2016

0206016

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação

Universidade Federal da Bahia

Diploma

O Reitor da Universidade Federal da Bahia,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 22 de fevereiro de 2017
do curso de Doutorado em Imunologia,
confere o título de

Doutor em Imunologia a
André Gusmão Cunha

brasileiro, natural da Bahia, nascido a 13 de janeiro de 1972,
filho de Roosevelt Batista Nascimento da Cunha e Nilce Maria Gusmão Souza Cunha
e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Salvador, 22 de maio de 2017

Diplomado
47865610, SSP-BA

Camila Alexandrina Vieira de F. Fontana
Coordenadora do Curso

Maria Celeste Reis de Melo
Diretora da Secretaria Geral dos Cursos

João Carlos Salles Pires da Silva
Reitor

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Registro nº 3580 livro 113-B fls 990
referente ao curso de Doutorado em Imunologia
– área de concentração: Imunologia, homologado
pelo Colegiado em 20 / 05 / 17,
reconhecido pela Portaria nº 1077 DOU de
13/09/2012
Salvador, 22 de maio de 2017

Chefe da Seção de Diplomas e Certificados

Maria Celeste Reis de Melo
Diretora SGC/UFBA
Delegação conforme Portaria 624/09

17700

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação

Universidade Federal da Bahia

A Reitora da Universidade Federal da Bahia,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão no dia 20 de fevereiro de 2013,
do curso de Mestrado em Imunologia,
confere o título de

Mestre em Imunologia a

André Gusmão Cunha

brasileiro, natural da Bahia, nascido a 13 de janeiro de 1972,
filho de Roosevelt Batista Nascimento da Cunha e Nilce Maria Gusmão Souza Cunha
e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Salvador, 7 de agosto de 2013

Diplomado
0478656106 SSP-BA

Silvia Lima Costa
Coordenador do Curso

Maria Celeste Reis de Melo
Diretora da Secretaria Geral dos Cursos

Dora Leal Rosa
Reitora

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Registro nº 9417 livro 36-K fls 242

Referente ao curso de Mestrado em Imunologia Área de Concentração: Imunologia Homologação: 22/08/13

reconhecido Pela Portaria n: 1017

DOU do dia 13/09/2012 CAPES

Salvador, 07 de agosto de 2013

Chefe da Seção de Diplomas e Certificados

Maria Cecile Reis de Melo
Diretora - SGCUFBA
Delegação conforme Portaria 624/94

06774

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

CONTRATANTE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA, pessoa jurídica sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 13.824.560/0001-02, com endereço na Avenida Tancredo Neves, 620, Edf. Mundo Plaza, sala 1019, Caminho das Árvores, Salvador – Bahia, CEP: 41.820-020, neste ato, representado por **VALERIANO JOSÉ DE FREITAS NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do RG n.º 0249062550, SSP/BA.

CONTRATADA: GASTROCIRURGIA SOCIEDADE SIMPLES, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 07.864.593/0001-48, com sede na Rua Doutor José Peroba, 349, Edifício Empresarial Costa Azul, Sala 503, Stiep, Salvador/BA, CEP 41.770-235, neste ato representado por seu sócio **ADRIANO BRITO DOS SANTOS**, brasileiro, casado, médico, inscrito no CRM nº 13.400 e CPF 734.082.395-68.

As partes acima qualificadas resolvem firmar o presente contrato de prestação de serviços médicos como Responsável Técnico, em benefício da **ENTIDADE CONTRATANTE,** sendo o pacto regido de acordo com as cláusulas adiante alinhavadas.

I- DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula 1ª - Constitui objeto do presente contrato a prestação de serviços médicos especializados, como Responsável Técnico da Entidade CONTRATANTE, o DRº. **ANDRE GUSMÃO CUNHA,** brasileiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 629.731.505-15, CREMEB nº 12.988, na qualidade de Responsável Técnico da **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA,** inscrita no CNPJ sob o nº 13.824.560/0001-02.

Cláusula 2º - Inexistirá subordinação da CONTRATADA perante o CONTRATANTE, sendo que a primeira atuará com absoluta independência técnica e funcional, atuando conforme as suas responsabilidades profissionais.

II - DAS OBRIGAÇÕES

Cláusula 3ª - São obrigações da **CONTRATADA:**

a) Atendimento com presteza e igualdade aos usuários dos serviços objeto deste Contrato;
b) Execução dos serviços dentro do plano de trabalho convencionado com o CONTRATANTE e das normas técnicas e sanitárias estabelecidas pelo SUS;
c) Substituição do profissional médico quando da impossibilidade de cumprir com a obrigação do plantão escalado em momento anterior.
d) Zelar pela boa conservação das instalações, equipamentos, máquinas, ferramentas ou quaisquer outros

equipamentos que lhe forem confiados, comunicando as anormalidades notadas; evitar desperdício de materiais, energia elétrica, água, ar comprimido, etc., sob pena de responder por quaisquer danos causados a CONTRATANTE, decorrentes da prestação de serviço objeto deste contrato;

e) Utilizar somente pessoal técnico devidamente qualificado e instruído do seu quadro de pessoal, devidamente identificado, para os serviços referenciados neste instrumento contratual;

f) Manter, durante todo o período de vigência do Contrato, todas as condições que ensejaram a sua contratação, particularmente no que tange a qualificação técnica, qual seja: a inscrição válida no Conselho Regional de Medicina e demais órgãos que regulamentam o exercício da atividade.

g) Prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pela CONTRATANTE, atendendo prontamente a todas as reclamações;

h) Submeter-se a fiscalização a ser realiza pela CONTRATANTE, ou qualquer órgão fiscalizador externo, relativa a prestação dos serviços pactuados, conforme as regras estabelecidas nos protocolos internos de padronização da CONTRATANTE;

i) Responsabilizar-se por todos os documentos entregues pela CONTRATANTE, enquanto permanecerem sob sua guarda para a consecução dos serviços pactuados, respondendo pelo seu mau uso, perda, extravio ou inutilização, mesmo se tal ocorrer por ação ou omissão próprias de seus prepostos ou quaisquer pessoas que a elas tenham acesso, especialmente o prontuário médico dos pacientes, conforme determinação do Código de Ética Médica;

j) Comunicar prontamente à CONTRATANTE sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços eventualmente contratados.

k) É proibida a utilização de formulários e materiais cedidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA para fins diversos daqueles aos quais se destina o presente contrato;

Cláusula 4ª - São obrigações da **CONTRATANTE:**

a) Notificar, por escrito, a **CONTRATADA**, sobre qualquer irregularidade verificada na execução dos serviços;

b) Exigir o cumprimento de todos os compromissos assumidos pela **CONTRATADA**, de acordo com as cláusulas contratuais e o termo de sua proposta;

c) Efetuar o pagamento conforme as condições e prazos estipuladas neste contrato;

III - DO PAGAMENTO

Cláusula 5ª – O pagamento em razão do presente contrato será de R$ 10.000,00 (dez mil reais) mensal, devido até o dia 20 (vinte) do mês subsequente a sua execução, mediante apresentação de nota fiscal, bem como, das certidões de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária.

Cláusula 6ª - Os pagamentos somente serão efetuados mediante crédito eletrônico em conta bancária previamente indicada pela **CONTRATADA.** Qual seja: **Banco Bradesco (237), Agência 7185-45, Conta Corrente 58804-0.**

Cláusula 7ª - O preço ora convencionado inclui todos os custos operacionais da CONTRATADA, bem como os encargos sociais, financeiros, tributários e trabalhistas incidentes sobre o serviço.

IV - DA VIGÊNCIA

Cláusula 8ª – O presente instrumento vigera pelo prazo de 12 meses, contados a partir de 02/05/2023, prorrogável mediante celebração de termo aditivo entre as partes.

V - DA RESCISÃO

Cláusula 9ª – Constituem motivos de rescisão unilateral pela CONTRATANTE:

a) O não cumprimento das obrigações pela CONTRATADA, resguardado o exercício da ampla defesa e do contraditório;
b) O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais por parte da CONTRATADA, bem como a lentidão do seu cumprimento, levando a CONTRATANTE a comprovar a impossibilidade da conclusão dos serviços e metas nos prazos estipulados;
c) A paralisação dos serviços, sem justa causa e sem prévia comunicação à CONTRATANTE, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias;
d) A dissolução da empresa contratada;
e) A alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da CONTRATADA que se tome incompatíveis com a execução do objeto deste instrumento;

Cláusula 10ª – Constituem motivos de rescisão do Contrato pela CONTRATADA:

a) O descumprimento das obrigações contratuais por parte da CONTRATANTE.
b) Atraso superior a 60 (sessenta) dias, contados da data da sua emissão do pagamento das Notas Fiscais de Serviços.

Cláusula 11ª – Constituem motivos para a rescisão, por ambas as partes, sem qualquer pagamento indenizatório ou ressarcimento:

a) O decurso do prazo contratual de vigência estipulado no presente.
b) O desinteresse de qualquer das partes na continuidade do Contrato, reduzida a termo, observado o prazo de 30 (trinta) dias de denúncia.

VI - DO SIGILO E DA CONFIDENCIALIDADE

Cláusula 12ª – Comprometem-se as partes a não divulgar a terceiros quaisquer informações obtidas durante e depois da vigência do Contrato, toda e qualquer informação não disponível ao público, revelada, fornecida, comunicada ou obtida, seja verbalmente ou por escrito, de técnicas, estratégias, projetos,

metodologias, plantas, visão de negócio, formato de funcionamento, serviços a serem prestados, informações sobre soluções planejadas ou realizadas, e outras informações técnicas, financeiras ou comerciais, bem como a forma de apresentação das soluções e abordagem de comunicação além de todos os documentos relativos ao Contrato, bem como quaisquer outras informações reveladas por uma das Partes, na pessoa de seus representantes ou contratados, para a prestação dos serviços.

VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 13ª - O não exercício por qualquer das PARTES de quaisquer direitos ou faculdades que lhes sejam conferidos por este Contrato ou pela Lei, bem como a eventual tolerância contra infrações contratuais cometidas pela outra PARTE, não importará na renúncia pela PARTE a qualquer dos seus direitos contratuais ou legais, novação ou alteração de cláusulas deste Contrato, podendo a PARTE, a seu exclusivo critério, exercê-los a qualquer momento.

Cláusula 14ª - Nenhuma PARTE poderá ceder e, de nenhuma forma, transferir, total ou parcialmente o presente Contrato, ou quaisquer direitos decorrentes deste, sem o consentimento por escrito da outra PARTE, ressalvados os casos de transferência resultante da reestruturação societária e outras formas de fusão, cisão ou incorporação de qualquer das PARTES.

Cláusula 15ª- As Partes concordam que irão executar as obrigações contidas neste contrato de forma ética e se compromete a não praticar atos lesivos à Administração Pública, nacional ou estrangeira, que atentem contra o patrimônio público nacional ou estrangeiro, contra os princípios da administração pública ou contra os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, devendo atuar em conformidade com a legislação aplicável, sobretudo com o disposto na Lei nº 12.846/2013 ("Anticorrupção").

Cláusula 16ª- As Partes declaram e garante que:

I. nem as partes, nem qualquer de seus sócios, administradores, diretores, empregados, agentes, consultores, prestadores, outorgados, subcontratados, subempreiteiros e/ou prepostos foi condenado e/ou está impedido de exercer qualquer atividade por simulação, fraude ou qualquer crime, em qualquer jurisdição;

II. tanto quanto seja de seu conhecimento, não responde a processos (judiciais ou administrativos) objetivando a apuração de ilícitos de natureza econômica, concorrencial e administrativa (incluindo, em especial, os resultantes da aplicação das Leis nº 12.846/2013, 7.492/1986, e 12.529/2011);

III. não violou, viola ou violará as Regras Anticorrupção;

IV. já implementou ou implementará durante a vigência deste Contrato um programa de conformidade e treinamento para seus diretores, prepostos, empregados e subcontratados com procedimentos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e a aplicação efetiva de códigos de ética e

de conduta que sejam eficazes na prevenção e detecção de violações das Regras Anticorrupção;

IX - DOS DADOS

Cláusula 17ª - Ao fornecer os seus dados, confirma e garante a veracidade e precisão dos mesmos, e que estes se ajustam à realidade atual, correspondendo única e exclusivamente a si, de modo a que não pretende utilizar dados pessoais ou identificativos correspondentes a nenhum terceiro. Neste sentido, aceita e concorda comunicar qualquer modificação que possa ocorrer sobre os seus dados, de acordo com o procedimento estabelecido.

Fica eleito o foro da Comarca de Salvador como o único competente para dirimir quaisquer controvérsias decorrentes do presente contrato, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma e para a mesma finalidade, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas, para que se produzam seus jurídicos e legais efeitos.

Salvador/BA, 28 de abril de 2023

Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos
INSV – Inst. de Saúde Nª Srª da Vitória
CNPJ/MF n.º 13.824.560/0001-02

Gastrocirurgia Sociedade Simples
CNPJ/MF nº 07.864.593/0001-48
Adriano Brito de Campos

CARTÓRIO BARBOSA
Reconheço por Semelhança 0001 firma(s) de
VALERIANO JOSE DE FREITAS NETO
Emol:R$3,07 Fis:R$2,18 FEC:R$0,84 Def:R$0,08
PGE:R$0,12 MP:R$0,06 Total:R$6,35
Selo(s): 1609 AC411780-2
Em Testemunho ( ) da verdade
fabiane santos souza - escrevente
SALVADOR - BA 05/05/2023
Consulte o(s) selo(s) em www.tjba.jus.br/autenticidade

Cartório Barbosa
9º Tabelionato de Notas Salvador
Fabiane Santos Souza
Escrevente Autorizado

André Gusmão Cunha
CPF 629.731.505-15
CREMEB 12.988
Responsável Técnico

TESTEMUNHAS:

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **ANDRÉ GUSMÃO CUNHA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA**, sob o nº. **12988** desde **06/05/2002**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta certidão tem validade até o dia 21/09/2023.

Chave de validação **e5c9330703a73c2966088f11186b7d7001694ba2**

Emitida eletronicamente via internet em **21/06/2023**.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do **CREMEB**:
http://www.cremeb.org.br/

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

C E R T I D Ã O

Certifico, para os devidos fins, que o **Dr. ANDRÉ GUSMÃO CUNHA** encontra-se inscrito no CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA, sob o número 12988, desde 06/05/2002, estando quite com o exercício de 2023 e habilitado legalmente para o exercício da medicina, tendo registrada(s) a(s) seguinte(s) especialidade(s): **CIRURGIA GERAL - RQE Nº 5125 (Cirurgia do Trauma - RQE Nº 16364) , CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - RQE Nº 5124**.

Salvador, 22 de março de 2023

Certidão emitida no dia 22 de março de 2023. Válida até o dia 18 de setembro de 2023.

Esta certidão é expedida gratuitamente. Sua autenticidade poderá ser confirmada na página do Portal Médico, na Internet, no endereço: http://www.portalmedico.org.br, por meio do código **DTZYD5**.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

CERTIDÃO DE ANTECEDENTES ÉTICOS

Certificamos que, após consulta aos arquivos do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA, **nada consta** que possa desabonar a conduta ético-profissional do(a) DR.(A) **ANDRÉ GUSMÃO CUNHA**, médico(a) inscrito(a) neste Conselho sob o nº**12988**, até a presente data, conforme períodos abaixo:

Períodos

De 01/08/1997	a	20/03/1998
Desde 06/05/2002	a	presente data

A presente certidão tem validade de 60 (sessenta) dias.

Chave de validação nº. **e7e8ee32475e97eb6a5f4191a301f134685a76c7**

Emitida eletronicamente via internet em **14/06/2023**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do **CREMEB**:
http://www.cremeb.org.br/

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Certidão de Direção Técnica

Certifico para os devidos fins, que o estabelecimento **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS**, nome fantasia **INSV - INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, registro nº **3067**, tipo de inscriçao **DEFINITIVA - REGULAR**, sito a **RUA CEL. SEBASTIAO DIAS, S/N - CENTRO**, na cidade de **SANTO AMARO/BA**, está funcionando sob a Direção Técnica do(a) Dr(a) **ANDRÉ GUSMÃO CUNHA**, inscrito com o CRM nº **12988**.

Por ser verdade, firmo a presente, para os fins de direito.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **0a2f86ec32e43ca1796adca2cb77571ab1f63a97**

Emitida eletronicamente via internet em **22/03/2023**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do **CREMEB**:
http://www.cremeb.org.br/

imprimir

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA DE ATENCÃO À SAÚDE

24/4/2023
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA POR COMPETÊNCIA : 01/2013

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 27/5/2003 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: /01/2013

Nome:			CNES:	CNPJ:
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA VITORIA			2514451	13824560000102
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
RUA CORONEL SEBASTIAO DIAS			S/N	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
	OLIV DOS CAMPINHOS	44215000	SANTO AMARO	BA
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**	**Dependência:**	
HOSPITAL GERAL	sem sub tipo	DUPLA	INDIVIDUAL	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**14**
Outros	**23**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	Convênio:
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS
Fluxo de Clientela:	

Leitos

CIRÚRGICO

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGIA GERAL	14	14

CLÍNICO

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CLINICA GERAL	10	10

OBSTETRÍCIA

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
OBSTETRICIA CIRURGICA	2	2

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS

PEDIATRIA CLINICA	6	6

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
RAIO X DE 100 A 500 MA	1	1	SIM
ULTRASSOM CONVENCIONAL	2	1	SIM
ULTRASSOM ECOGRAFO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPO ODONTOLOGICO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BERÇO AQUECIDO	2	2	SIM
BOMBA DE INFUSAO	1	1	SIM
DESFIBRILADOR	1	1	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	1	1	SIM
INCUBADORA	1	1	SIM
MONITOR DE ECG	2	2	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	2	2	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPAMENTOS PARA OPTOMETRIA	4	4	NÃO
MICROSCOPIO CIRURGICO	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS
REJEITOS RADIOATIVOS
RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	3

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS BASICAS	3	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	1	0
ODONTOLOGIA	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0

HOSPITALAR

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE RECUPERACAO	1	2
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	4

Serviços de Apoio

Serviço:	Característica:
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO E TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		Hospitalar:	
Cod.:	Serviço:	Característica:	Amb.:	SUS:	Hosp.:	SUS:
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	SIM
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM

Serviços e Classificação

Codigo:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 002	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CLINICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA DE ATENCÃO À SAÚDE

24/4/2023
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA POR COMPETÊNCIA : 05/2021

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 27/5/2003 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: /05/2021

Nome:			**CNES:**	**CNPJ:**
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA VITORIA			2514451	13824560000102
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
RUA CORONEL SEBASTIAO DIAS			S/N	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
	OLIV DOS CAMPINHOS	44215000	SANTO AMARO	BA
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**	**Dependência:**	
HOSPITAL GERAL	sem sub tipo	DUPLA	INDIVIDUAL	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**6**
Outros	**12**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	**Convênio:**
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS
Fluxo de Clientela:	

Leitos

CIRÚRGICO

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
CIRURGIA GERAL	14	14

CLÍNICO

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
CLINICA GERAL	10	10

OBSTETRÍCIA

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
OBSTETRICIA CIRURGICA	2	2

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**

PEDIATRIA CLINICA	6	6

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
RAIO X DE 100 A 500 MA	1	1	SIM
ULTRASSOM CONVENCIONAL	2	1	SIM
ULTRASSOM ECOGRAFO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPO ODONTOLOGICO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BERÇO AQUECIDO	2	2	SIM
BOMBA DE INFUSAO	1	1	SIM
DESFIBRILADOR	1	1	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	1	1	SIM
INCUBADORA	1	1	SIM
MONITOR DE ECG	2	2	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	2	2	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	2	2	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPAMENTOS PARA OPTOMETRIA	4	4	NÃO
MICROSCOPIO CIRURGICO	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS
REJEITOS RADIOATIVOS
RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	3

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS BASICAS	3	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	1	0
ODONTOLOGIA	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0

HOSPITALAR		
Instalação:	**Qtde./Consultório:**	**Leitos/Equipos:**
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE RECUPERACAO	1	2
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	4

Serviços de Apoio

Serviço:	**Característica:**
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO E TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		**Hospitalar:**	
Cod.:	**Serviço:**	**Característica:**	**Amb.:**	**SUS:**	**Hosp.:**	**SUS:**
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	SIM

Serviços e Classificação

Codigo:	**Serviço:**	**Classificação:**	**Terceiro:**	**CNES:**
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO

imprimir

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA DE ATENCÃO À SAÚDE

24/4/2023
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 27/5/2003 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 13/4/2023

Nome:			CNES:	CNPJ:
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA VITORIA			2514451	13824560000102
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
RUA CORONEL SEBASTIAO DIAS			S/N	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
	OLIV DOS CAMPINHOS	44215000	SANTO AMARO	BA
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**	**Dependência:**	
HOSPITAL GERAL		DUPLA	INDIVIDUAL	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**21**
Outros	**23**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	**0**

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	Convênio:
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS
Fluxo de Clientela:	
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA	

Leitos

CIRÚRGICO

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGIA GERAL	14	14

CLÍNICO

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CLINICA GERAL	10	10

OBSTETRÍCIA

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
OBSTETRICIA CIRURGICA	2	2

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLINICA	6	6

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
RAIO X DE 100 A 500 MA	1	1	SIM
ULTRASSOM CONVENCIONAL	2	1	SIM
ULTRASSOM ECOGRAFO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPO ODONTOLOGICO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BERÇO AQUECIDO	2	2	SIM
BOMBA DE INFUSAO	1	1	SIM
DESFIBRILADOR	1	1	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	1	1	SIM
INCUBADORA	1	1	SIM
MONITOR DE ECG	2	2	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	2	2	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	2	2	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPAMENTOS PARA OPTOMETRIA	4	4	NÃO
MICROSCOPIO CIRURGICO	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS
REJEITOS RADIOATIVOS
RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	3

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS BASICAS	3	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	1	0
ODONTOLOGIA	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0

SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0

HOSPITALAR		
Instalação:	**Qtde./Consultório:**	**Leitos/Equipos:**
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE RECUPERACAO	1	2
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	4

Serviços de Apoio

Serviço:	**Característica:**
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO E TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		**Hospitalar:**	
Cod.:	**Serviço:**	**Característica:**	**Amb.:**	**SUS:**	**Hosp.:**	**SUS:**
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	SIM

Serviços e Classificação

Codigo:	**Serviço:**	**Classificação:**	**Terceiro:**	**CNES:**
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO

CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

CERTIDÃO DE DIRETOR TÉCNICO

Certifico, para os devidos fins, que o estabelecimento HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA SESAB, CNPJ 13.937.131/0023-57, Registro Nº 3090-BA, sito AV SANTOS DUMONT KM 4, na cidade de Lauro de Freitas, funcionava sob a direção técnica do(a) Dr (a)ANDRÉ GUSMÃO CUNHA, CREMEB nº 12988, no período de 24/08/2007 à 15/12/2009.

Salvador, quinta-feira, 19 de maio de 2022.

A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada na página do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (http://websemc.cremeb.org.br/home/VerificaAutenticidade), através do código:

b08f065a-657e-475e-a560-33e69e772e10

Portal do Governo Brasileiro (http://brasil.gov.br)

ACESSIBILIDADE (/PAGES/ACESSIBILIDADE.JSP)

ALTO CONTRASTE

(/)

Buscar no Portal

Perguntas Frequentes
Consultas (/pages/consultas.jsp)
Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Bem vindo ao nosso novo site! Para acessar as funcionalidades que ainda não foram implementadas, favor clicar aqui. (http://cnes2.datasus.gov.br)

PÁGINA INICIAL (/) > CONSULTAS (../../CONSULTAS.JSP) > FICHA ESTABELECIMENTO

Dados Estabelecimento

CNES

2802023

CNPJ Próprio

13.937.131/0023-57

Nome Fantasia

HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA

Tipo de Estabelecimento

HOSPITAL GERAL

Gestão

ESTADUAL

Natureza Jurídica(Grupo)

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CNPJ Mantenedora

13.937.131/0001-41

Nome da Mantenedora

BAHIA SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO

Cadastrado em

22/09/2003

Atualização na Base Local

04/08/2021

Última atualização Nacional

10/03/2023

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR ()		
75 - UTI ADULTO - TIPO II	10	10
ESPEC - CIRURGICO ()		
03 - CIRURGIA GERAL	12	12
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	12	12
ESPEC - CLINICO ()		
33 - CLINICA GERAL	34	34
41 - NEONATOLOGIA	9	9
OBSTETRICO ()		
10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	20	20
43 - OBSTETRICIA CLINICA	5	5
PEDIATRICO ()		
45 - PEDIATRIA CLINICA	10	10

Voltar para o topo

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br (mailto:suporte.sistemas@datasus.gov.br)
Fale conosco: http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco (http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco)

CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

CERTIDÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO DE SERVIÇO

Certificamos para os devidos fins que o estabelecimento de saúde HOSPITAL MUNICIPAL DE SALVADOR, com CNPJ nº 13.927.801/0005-72, registrada neste Conselho sob nº 9146, tem como Responsável Técnico do serviço de Centro Cirúrgico o Dr(a). ANDRÉ GUSMÃO CUNHA, CREMEB 12988.

Salvador, quinta-feira, 19 de maio de 2022.

A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada na página do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (http://websemc.cremeb.org.br/home/VerificaAutenticidade), através do código:

01c37000-5181-4e64-a3c4-546df1cd7cbc

Rua Guadalajara, 175, Morro do Gato - Barra, CEP: 40140-460, Salvador - BA
Tel.: 71 3339-2800 Fax: 71 3245-5751 - cremeb@cremeb.org.br | www.cremeb.org.br

Portal do Governo Brasileiro (http://brasil.gov.br)

ACESSIBILIDADE (/PAGES/ACESSIBILIDADE.JSP)

ALTO CONTRASTE

(/)

Buscar no Portal

Perguntas Frequentes
Consultas (/pages/consultas.jsp)
Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Bem vindo ao nosso novo site! Para acessar as funcionalidades que ainda não foram implementadas, favor clicar aqui. (http://cnes2.datasus.gov.br)

PÁGINA INICIAL (/) > CONSULTAS (../../CONSULTAS.JSP) > FICHA ESTABELECIMENTO

Dados Estabelecimento

CNES

9443665

CNPJ Próprio

Nome Fantasia

HOSPITAL MUNICIPAL DE SALVADOR HMS

Tipo de Estabelecimento

HOSPITAL GERAL

Gestão

MUNICIPAL

Natureza Jurídica(Grupo)

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CNPJ Mantenedora

13.927.801/0005-72

Nome da Mantenedora

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SALVADOR

Cadastrado em

11/03/2018

Atualização na Base Local

30/03/2023

Última atualização Nacional

01/04/2023

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR ()		
75 - UTI ADULTO - TIPO II	30	30
78 - UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	10
ESPEC - CIRURGICO ()		
03 - CIRURGIA GERAL	38	38
09 - NEUROCIRURGIA	10	10
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	10	10
ESPEC - CLINICO ()		
33 - CLINICA GERAL	72	72
42 - NEUROLOGIA	10	10
OUTRAS ESPECIALIDADES ()		
47 - PSIQUIATRIA	10	10
PEDIATRICO ()		
68 - PEDIATRIA CIRURGICA	12	12
45 - PEDIATRIA CLINICA	18	18

Voltar para o topo

Serviços

Perguntas frequentes

Contato (http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/suporte-tecnico/capacitacao-service-desk)

Dados abertos

Área de imprensa

Redes Sociais

Twitter (https://twitter.com/cnesms)

Youtube (https://www.youtube.com/channel/UCBUDLhhe-Mp8QDTt1Ba3LMA)

Facebook (https://www.facebook.com/cnesms)

Google+ (https://plus.google.com/113786414575352654271)

RSS

O que é?

Sobre o site

Acessibilidade (/pages/acessibilidade.jsp)

Mapa do site

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br (mailto:suporte.sistemas@datasus.gov.br)
Fale conosco: http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco (http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco)

CNH Digital

Departamento Nacional de Trânsito

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GO

NOME
LAIGTON PEREIRA DE ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF
4157188 DGPC GO

CPF
953.983.681-68

DATA NASCIMENTO
06/03/1982

FILIAÇÃO
LUIZ ANTONIO DE ALMEIDA
MARLUCIA PEREIRA DE ALMEIDA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
01213156635

VALIDADE
16/09/2025

1ª HABILITAÇÃO
17/04/2000

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANIA, GO

DATA EMISSÃO
18/09/2020

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

32491087860
00145423875

GOIÁS

DENATRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
02131575968

02131575968

QR-CODE

Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio da comparação deste arquivo digital com o arquivo de assinatura (.p7s) no endereço: < http://www.serpro.gov.br/assinador-digital >.

SERPRO / DENATRAN

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel de original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330840
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3096.9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

Scanned with CamScanner

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E JURÍDICA – FACMED
Credenciamento: Decreto Governamental n.º 2.701 DE 14/03/2006
Recredenciamento: Decreto nº 4.327 de 29/06/2011
DOE/TO nº. 3.418 de 07/07/2011

FABIC
FACULDADE DO BICO DO PAPAGAIO

Certificado

O Diretor Geral da Faculdade FACMED/FABIC, no uso de suas atribuições certifica:

Laigton Pereira de Almeida

Brasileiro, nascido em 06 de Março de 1982, natural de Anápolis - GO, cédula de identidade nº 4157188 DGPC/GO, concluiu o curso de Pós-Graduação Lato Sensu em ***MBA EM GESTÃO DE SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR*** *com carga horária cumprida de 375 horas e outorga-lhe o presente Certificado, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.*

Augustinópolis – TO, 19 de outubro de 2022.

Concluinte

FACMED

Dr. Leônidas Antônio Chow Castillo
Vice-Diretor (em Exercício)

Scanned with CamScanner
Scanned with CamScanner

HISTÓRICO ESCOLAR

Curso: Pós-Graduação Lato Sensu em MBA em Gestão de Saúde e Administração Hospitalar
Período de realização: 07/05/2019 a 15/11/2020
Nível: Especialização
Nome: Laigton Pereira de Almeida
Documento de Identidade: 4157188 **Órgão:** DGPC **Estado:** GO
Naturalidade: Anápolis - GO **Data de Nascimento:** 06/03/1982

DISCIPLINA	CH	CONCEITO	DOCENTE	TITULAÇÃO
AUDITORIA EM SAÚDE	25	A	RICARDO WALLACE DAS CHAGAS LUCAS	D
DIRETRIZES ESTRATÉGICAS MERCADOLÓGICAS EM SAÚDE	25	A	ERASTO RUBENS	E
ECONOMIA E FINANÇAS EM SAÚDE	25	A	JOSIMAR GONÇALVES DA SILVA	D
GESTÃO DE GENTE EM SAÚDE	25	A	ROBSON TADEU DE OLIVEIRA	E
POLITICAS E LEGISLAÇÃO EM SAÚDE	25	A	MEIRE INCARNAÇÃO	D
QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	25	A	RICARDO WALLACE DAS CHAGAS LUCAS	D
ESTRATÉGIA EMPRESARIAL	25	A	ERASTO RUBENS	E
FERRAMENTAS DE INTELIGENCIA DE NEGOCIOS	25	A	ERASTO RUBENS	E
GESTÃO DE EQUIPE E LIDERANÇA	25	A	CARLO ANDRE DE OLIVEIRA	E
HUMANIZAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE	25	A	ROBSON TADEU DE OLIVEIRA	E
MARKETING ESTRATÉGICO	25	A	JOSIMAR GONÇALVES DA SILVA	D
ORGANIZAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE	25	A	MEIRE INCARNAÇÃO	D
ORIENTAÇÃO DE CARREIRA COM COACHING	25	A	CARLO ANDRÉ DE OLIVEIRA	E
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	25	A	RICARDO WALLACE DAS CHAGAS LUCAS	D
SIST.E TECNOLOGIAS DA INFOR.E COMUNICAÇÃO	25	A	JOSIMAR GONÇALVES DA SILVA	D
Carga Horária Total: 375h				

DECLARAMOS QUE O PRESENTE CERTIFICADO FOI EXPEDIDO CONFORME RESOLUÇÃO CNE Nº. 01, 08 DE JUNHO DE 2007, TENDO VALIDADE NACIONAL.

EQUIVALÊNCIA DOS CONCEITOS
A – 9.0 a 10.0
B – 8.0 a 8,9
C – 7.0 a 7.9
D – 6.0 a 6,9

TITULAÇÃO
D – Doutor
M – Mestre
E – Especialista

Resolução MEC nº 1 de 06 de abril de 2018
Credenciamento: Decreto Governamental nº 2.701 de 14/03/2006
Recredenciamento: Decreto 4.327 de 29/06/2011
DOE/TO nº 3.418 de 07/07/2011

SECRETARIA ACADÊMICA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Certificado registrado nos termos do Dec. Lei Federal 2208/97 e de acordo com o Regimento Interno.

Registro nº 1675 / 2022 Livro nº 02 Folha nº 89

Data do Registro: 19/10 /2022

Registrado por: Débora Moura Gonçalves

Scanned with CamScanner
Scanned with CamScanner

ORIGINAL
4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330842
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

Rua C-231 QD 549 LT 08 N 553
74290-030 Jd. América Goiânia GO
Tel 62 3095-2793
www.gerir.org.br

gerir

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins que **Laigton Pereira de Almeida,** portador do **CPF: 953.983.681-68** e **RG 4157188 DGPCGO** , residente na Rua: 11, n°55 , Setor Oeste, Goiânia GO CEP 74120-030, prestou serviços de consultoria técnica em áreas de **GESTÃO HOSPITALAR** a empresa **INSTITUTO GERIR**, cnpj: 14.963.977/0001-19, estabelecida na Rua/AV: Rua C231, Qd 549, n° 553, Lt. 08, Sala 01, Jardim América, CEP: 74.290-030, Goiânia/GO, e, que detém qualificação técnica para o exercício nas áreas de **GESTÃO HOSPITALAR,** em funções e cargos de Superintendência/Gerencia/Coordenação e Apoio Técnico Assistencial.

Registro que prestou serviços técnicos nas áreas cima mencionadas em contrato de prestação de serviço vinculados as unidades hospitalares gerenciadas pelo **INSTITUTO GERIR** abaixo relacionadas:

- Unidade Hospital De Referencia Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira – HCM- de Maio de 2015 ate junho 2017 - (221 leitos);

Informo ainda que as prestações dos serviços, referidos acima, apresentaram excelente desempenho técnico operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigatoriedades, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Goiânia, 04 de outubro de 2022.

INSTITUTO GERIR:14963977000119

Assinado de forma digital por INSTITUTO GERIR:14963977000119
Dados: 2022.10.18 19:36:16 -03'00'

Antônio Borges de Queiroz Neto
Presidente
Instituto GERIR

Scanned with CamScanner

Register: 1941-42-2019F

Logos University Int.

know all men by these presents, that the Academic Council of Logos University Int.,
by Virtue of the authority in them vested hereby confers upon

Laigton Pereira de Almeida

The Honorary Title Of

Commander of International Education

with all the rights and privileges thereto appertaining.
In Witness Whereof, the seal of the University and the Signatures of its
Officers have been hereto affixed

Miami, fl. May 31th, 2019

President of the University

Chancellor of the University

suae quisque fortuna faber est
Since MMVI

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
AUTENTICAÇÃO
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112356124330844
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

Scanned with CamScanner

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124333849
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS

Criada pela Lei Estadual 13.456, de 16 de abril de 1999.

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

CERTIFICADO

O Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Goiás, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista a conclusão do curso de Pós-Graduação *"Lato Sensu"*, especialização em **ACUPUNTURA (NIRE)** consoante os termos da Resolução CES nº 01, de 08 de Junho de 2007, do Conselho Nacional de Educação, outorga a **LAIGTON PEREIRA DE ALMEIDA** o presente Certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Anápolis, 11 de Julho de 2012.

Dr. Harlen Inácio dos Santos
Pró-Reitor

Ms. Thiago Vilela Lemos
Coordenador

Aluno (a)

2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM ORIGINAL
Goiânia-GO, 01/02/2023 às 15:59:10 horas
JOCELIA SILVA DO NASCIMENTO - SUBOFICIAL E
ESCREVENTE
Selo Eletrônico nº 00072302012803624330355
CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
JOCELIA SILVA DO NASCIMENTO
Subscritora

Scanned with CamScanner

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Reg. Nº 16
Livro nº 007 Folhas 46V
Anápolis, 11 de Julho de 2012.

Érika Siqueira Feitosa
Secretária Acadêmica

DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA	NOTA FINAL	CORPO DOCENTE NOME	TITULAÇÃO
Metodologia do Ensino Superior	30	9,8	Edmilson Siqueira de Sá	Mestre
Filosofia, História e Teoria das Terapias Orientais I	25	9,0	Thiago Vilela Lemos	Mestre
Filosofia, História e Teoria das Terapias Orientais II	25	9,0	Humberto de Sousa Fontoura	Doutor
Anatomia, Fisiologia, Patologia e Energética Humana I	25	9,0	Lara de Vecchi Machado	Mestre
Anatomia, Fisiologia, Patologia e Energética Humana II	25	9,0	Eduardo Di Oliveira Pires	Especialista
Anatomia, Fisiologia, Patologia e Energética Humana III	25	9,0	Humberto de Sousa Fontoura	Doutor
Anatomia, Fisiologia, Patologia e Energética Humana IV	25	10,0	Lara de Vecchi Machado	Mestre
Materiais Utilizados na Medicina Tradicional Chinesa e Biossegurança	25	10,0	Karini Cavalcanti da Silva	Especialista
Psicologia da Medicina Tradicional Chinesa e Constitucional	25	9,0	Elton Matias Dias	Mestre
Língua e Pulsologia	25	9,0	Karini Cavalcanti da Silva	Especialista
Semiologia e Síndromes I	25	8,5	Josireny Mariano Mendes	Mestre
Semiologia e Síndromes II	25	8,0	Gleydston Vânio Assis Silva	Especialista
Auriculopuntura, Craniopuntura e Rinopuntura	25	8,0	Karini Cavalcanti da Silva	Especialista
Métodos e Técnicas de Pesquisa	30	9,5	Cintia Silva Minafra e Resende	Doutora
Meridianos Extraordinários	25	8,5	Humberto de Sousa Fontoura	Doutor
Podopuntura, Manopuntura e Shiatsu (Korio Sooji) – Amna	25	9,0	Gleydston Vânio Assis Silva	Especialista
Eletroacupuntura, Fotoacupuntura, Hyodoraku e Manaka	25	8,0	Alexandre Lamaro Cardoso	Especialista
Spiral Taping Magnetoterapia e Hai Huá	25	8,0	Marcelo Nish	Mestre
Acupuntura Científica Moderna	25	7,0	Elton Matias Dias	Mestre
Fisiologia Holosomática, Pontos Maravilhosos, BA SHU	25	8,0	Josireny Mariano Mendes	Mestre
Técnicas de Mobilização do QI	25	8,8	Kleber Mirallia de Oliveira	Mestre
Especialidades I – Neurologia e Cardiologia	25	9,0	Thiago Vilela Lemos	Mestre
Especialidades II – Uroginecologia, Dermatologia, Estética e Pneumologia	25	7,5	Josireny Mariano Mendes	Mestre
Especialidades III – Traumato-Ortopedia, Desportiva e Pediatria	25	9,0	Thiago Vilela Lemos	Mestre
Estágio I	300	8,5	Eduardo Di Oliveira Pires	Especialista
Estágio II	300	8,5	Thiago Vilela Lemos	Mestre
Trabalho Final de Curso: "Os efeitos das aplicações auriculoterapia sobre a qualidade de vida de professores do Ensino Fundamental de uma escola municipal de Goiânia – GO".	40 h	8,5	Alexandre Lamaro Cardoso	Especialista

Média Final do Curso (Aproveitamento): 8,7
Frequência Final do Aluno: 100 %
CARGA HORÁRIA TOTAL: 1250 h
Curso Presencial com Mínimo de 75% de Frequência
Período de Curso: Abril / 2008 a Agosto / 2009
Método de Avaliação: Trabalhos, Seminários, Provas e Trabalho Final de Curso

2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Rua Getulio Vaz, esq. c/ Av. 24 de Outubro, nº 156 Campinas, Goiânia-GO, CEP 74015-020, Fone: (62) 3233-0015
www.cartorioantoniodoprado.com.br

AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM ORIGINAL.
Goiânia-GO, 01/02/2023, às 15:59:11 horas.

JOCELIA SILVA DO NASCIMENTO - SUBOFICIAL E ESCREVENTE
Selo Eletrônico nº 00072302012803624330356

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
JOCELIA SILVA DO NASCIMENTO
Suboficial e Escrevente

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330848
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62.3096.9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

Scanned with CamScanner

FACULDADE LATINO AMERICANA

ANHANGUERA EDUCACIONAL

O Diretor Executivo da Faculdade Latino Americana, mantida pela Anhanguera Educacional,
no uso de suas atribuições regimentais e tendo em vista a colação de grau
do Curso de Fisioterapia, em 13 de fevereiro de 2008,
confere o título de Bacharel em Fisioterapia a

Laigton Pereira de Almeida

brasileiro, natural do Estado de Goiás, nascido a 6 de março de 1982
RG nº 4157188 / GO
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar
de todos os direitos e prerrogativas legais.
Anápolis, 22 de agosto de 2008

Carlos Alberto Ramos Pinto
Diretor Executivo

Ana Cristina Ribeiro Elias
Secretário(a) Acadêmico(a)

Laigton Pereira de Almeida
Diplomado

CARTÓRIO ANTONIO DO PRADO
2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
JOCELIA SILVA DO NASCIMENTO
Substituta e Escrevente

AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM ORIGINAL
Goiânia-GO, 01/02/2023
ORIGINAL

2º Registro Civil
CARTÓRIO ANTONIO DO PRADO
ORIGINAL

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

JOCELIA SILVA DO NASCIMENTO
ESCREVENTE
Selo Eletrônico nº 00072307112556124330850

AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330850
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E JURÍDICAS - FACMED
FACULDADE DO BICO DO PAPAGAIO - FABIC

Credenciamento: Decreto Governamental: 2.701 de 14/03/2006
Recredenciamento: Decreto Governamental: 4.327 de 29/06/2011
DOE/TO nº 3.418 de 07/07/2011

FABIC
FACULDADE DO BICO DO PAPAGAIO

O Diretor Geral da Faculdade do Bico do Papagaio de Acordo com seu Estatuto e em virtude da Autoridade nele investida confere a:

Laigton Pereira de Almeida

O Grau de

Doutor Honoris Causa

Pela enorme contribuição em prol da Educação em toda América Latina e pela abalizada formação intelectual diversificada somando com a União Educacional em todo o Orbe terreste.

Augustinópolis, TO - Brasil, 13 de Setembro de 2018.

Diplomado

Dr. Nilton Elias de Sousa
Diretor Geral

AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM ORIGINAL
Goiânia-GO, 01/02/2023 às 15:59:12 h
JOCELIA SILVA DO NASCIMENTO - SUBOF
ESCREVENTE
Selo Eletrônico nº 00072302012803622

2º Registro Civil e Tabelionato
CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Rua Dr. Antônio Rodrigues Jaime, 1 Ao 24 de Outubro, 1 Nº 1
Cartório Civil e Tabelionato
Subofícial e Escrevente

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330847
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

Scanned with CamScanner

FACULDADES DE CIÊNCIAS MÉDICAS E JURÍDICAS - FACMED
FACULDADE DO BICO DO PAPAGAIO – FABIC
Credenciamento: Decreto Governamental: 2.701 DE 14/03/2006
Recredenciamento: Decreto Governamental: 4.327 de 29/06/2011
Publicado do DOE/TO nº 3.418 de 07/07/2011

Diploma Registrado nos termos de § 1° do art. 48, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB).

TÍTULO: DOUTOR HONORIS CAUSA

Registro nº 008092018 Livro n° 002
Folha: 21 Data do Registro: 13/09/2018

Secretária Acadêmica

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330846
"https://see.tigo.jus.br/buscas"

2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Rua Geraldo Ney, esq. c/ Av. 24 de Outubro, nº 156 Campinas, Goiânia-GO, CEP 74515-020 - Fone: (62) 3233-0055
www.cartorioantoniodoprado.com.br
140 ANOS

AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM ORIGINAL
Goiânia-GO, 01/02/2023, às 15:59:12 horas.
JOCELIA SILVA DO NASCIMENTO - SUBOFICIAL E ESCREVENTE
Selo Eletrônico nº 00072302012803624330360

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
JOCELIA SILVA DO NASCIMENTO
Suboficial e Escrevente

Scanned with CamScanner

FACULDADES DE CIÊNCIAS MÉDICAS E JURÍDICAS – FACMED
FACULDADE DO BICO DO PAPAGAIO – FABIC
Rua Planalto, s/nº - Setor Central | CEP: 77.960-000
Augustinópolis – TO (63) 3456-1630| www.fabic.edu.br

RESOLUÇÃO/REITORIA-FACMED/FABIC. Nº38

Dispõe sobre a Outorga de Título de DOUTOR *HONORIS CAUSA* da Faculdade de Ciências Médicas e Jurídicas - FACMED/FABIC

O REITOR DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E JÚRIDICAS-FACMED/FABIC, no uso de suas atribuições legais que lhe conferem o Estatuto e o Regime Geral,e em cumprimento á decisão do Egrégio Conselho Universitário,em seção realizada no dia 13 de setembro de 2018,promulga a seguinte **RESOLUÇÃO:**

ART.1° É outorgado o título de **DOUTOR *HONÓRIS CAUSA*** ao senhor **LAIGTON PEREIRA DE ALMEIDA,** em conformidade com as disposições do Capítulo II,Seção I,Artigo XV,Inciso IV, do Estatuto Geral e Capitulo II Artigo 158,inciso I do Regime Interno, consoante a sua descrição.

ART.2° Revogadas as disposições em contrário,esta Resolução passa a vigorar a partir da data de sua aprovação.

REITORIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E JURÍDICAS, EM 13 DE SETEMBRO DE 2018.

Dr. Nilton Elias de Sousa
Presidente/FACMED
Diretor Geral/FABIC

2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM ORIGINAL.
Goiânia-GO, 01/02/2023 às 15:59:12 horas.
OCELIA SILVA DO NASCIMENTO - SUBOFICIAL E ESCREVENTE
Selo Eletrônico nº 00072302012803624330361

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Julho de 2023
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772307112556124330845
"https://see.tigo.jus.br/buscas"

Scanned with CamScanner

ESCALA DE TRABALHO

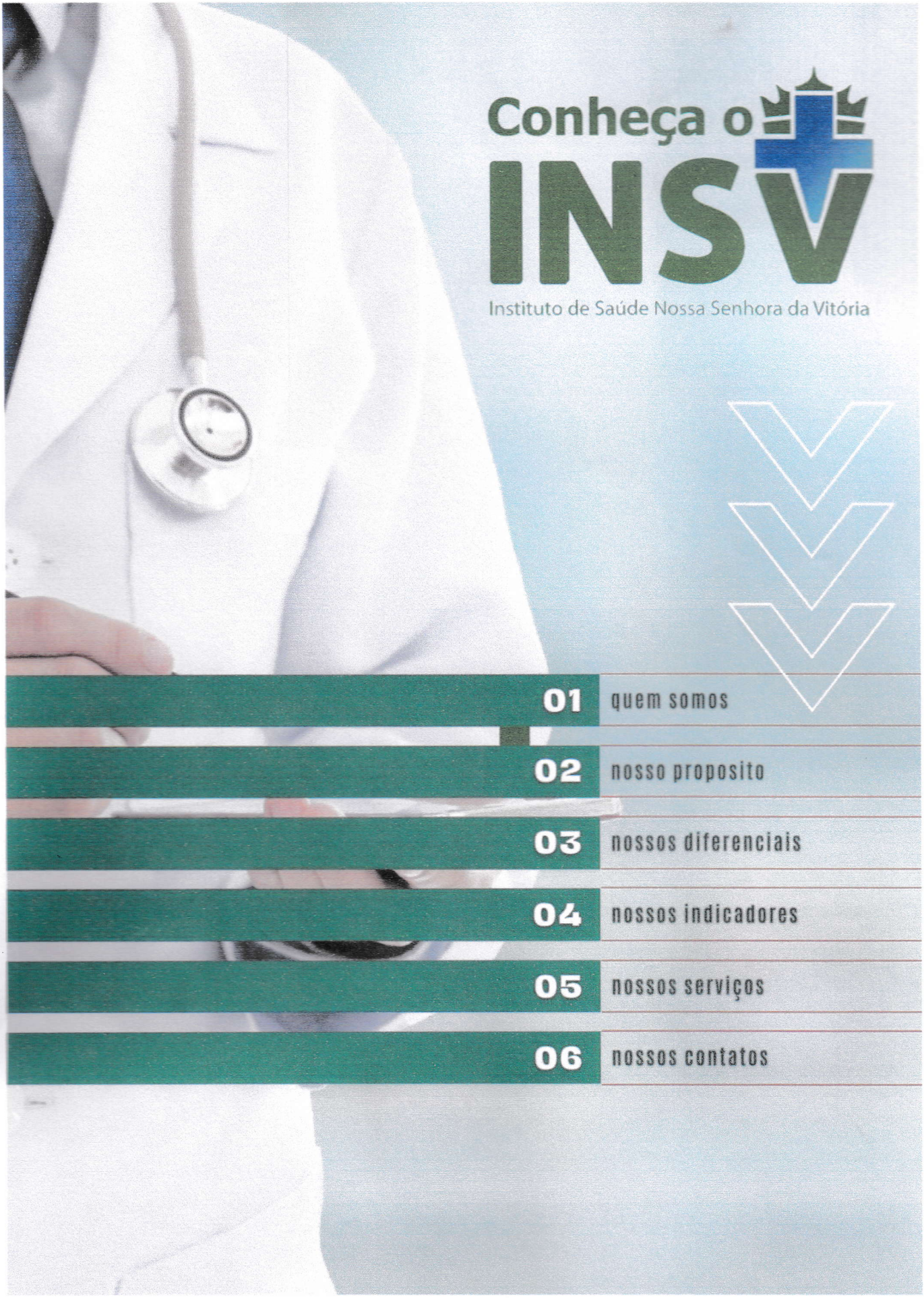
Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

DIMENSIONAMENTO DE PROFISSIONAIS - HERSO				
Profissionais	**Qde**	**Carga Horária**	**Regime Contratação**	**Salário**
Auxiliar Administrativo	7	44h/sem	CLT	R$ 1.953,78
Auxiliar de Radiologia	2	44h/sem	CLT	R$ 1.953,78
Auxiliar de Serviços Gerais	5	44h/sem	CLT	R$ 1.853,78
Assessor Técnico da Diretoria	3	44h/sem	CLT	R$ 5.528,00
Analista de Recursos Humanos	2	44h/sem	CLT	R$ 3.257,78
Analista Financeiro e Fiscal	2	44h/sem	CLT	R$ 3.258,78
Assessor de Monitoramento e Metas	4	44h/sem	CLT	R$ 4.259,78
Assistente de Farmácia	5	44h/sem	CLT	R$ 2.257,78
Assistente de Comunicação	5	44h/sem	CLT	R$ 2.257,78
Técnico em Laboratório	6	44h/sem	CLT	R$ 2.157,78
Técnico em Radiologia	2	44h/sem	CLT	R$ 2.157,78
Assistente Técnico de Saúde	10	44h/sem	CLT	R$ 2.257,78
Assistente JR Administração de Pessoal	2	44h/sem	CLT	R$ 2.257,78
Assistentes Administrativos	2	44h/sem	CLT	R$ 2.257,78
Coordenador De compras	1	44h/sem	CLT	R$ 4.084,83
Psicologia Ocupacional	2	44h/sem	CLT	R$ 5.086,83
Terapeuta Ocupacional	4	44h/sem	CLT	R$ 3.785,83
Psicologia Organizacional	2	44h/sem	CLT	R$ 5.086,83
Coordenador Geral	1	44h/sem	CLT	R$ 4.084,83
Assistente TI	2	44h/sem	CLT	R$ 2.257,78
Técnico Segurança do Trabalho	2	44h/sem	CLT	R$ 2.057,78
Assistente Social	3	30h/sem	CLT	R$ 3.200,00
Cozinheira	2	44hs/sem	CLT	R$ 1.453,78
Biomédico	4	12h/sem	CLT	R$ 4.061,98
Cirurgião Dentista	2	12h/sem	CLT	R$ 4.062,98
Farmacêutico	3	12h/sem	CLT	R$ 4.061,98
Nutricionista	3	12h/sem	CLT	R$ 4.061,98
Fonoaudiologista	2	12h/sem	CLT	R$ 4.062,98
Fisioterapeuta	2	12h/sem	CLT	R$ 4.061,98
Secretária Executiva	1	44h/sem	CLT	R$ 4.062,98
Gerente de R.H.	1	44h/sem	CLT	R$ 5.061,98
Gerente Administrativo	1	24h/sem	CLT	R$ 5.061,98

Diretor Clínico	1	44h/sem	CLT	R$ 11.580,00
Diretor Geral	1	44h/sem	CLT	R$ 12.031,00
Diretor Técnico	1	44h/sem	CLT	R$ 14.050,00
Diretor Administrativo Financeiro	1	44h/sem	CLT	R$ 13.110,00
Gerente de Unidade	1	24h/sem	CLT	R$ 5.061,98
Coordenador Departamento Médico	2	12h/sem	CLT	R$ 8.758,32
Coordenador Médico UTI	2	12h/sem	CLT	R$ 9.061,98
Coordenador de Qualidade	1	24h/sem	CLT	R$ 5.061,98
Chefe de Enfermagem	3	24h/sem	CLT	R$ 4.001,98
Enfermeiro	8	12h/sem	CLT	R$ 2.780,83
Cirurgião Dentista	5	12h/sem	CLT	R$ 6.016,33
Técnico Enfermagem Diurno	12	12x36	CLT	R$ 2.057,78
Técnico Enfermagem folguista	10	12x36	CLT	R$ 2.057,78
Técnico Enfermagem Noturno	12	12x36	CLT	R$ 2.057,78
Técnico em Informática	2	12h/sem	CLT	R$ 3.129,51
Técnico em Hemoterapia	2	12h/sem	CLT	R$ 2.278,63
Lactarista	2	12h/sem	CLT	R$ 1.500,00
Médico Clínico Geral	7	12h/sem	CLT	R$ 4.061,98
Plantão de Clínico Geral - Emergência	3	12h/sem	CLT	R$ 4.061,98
Plantão de Pediatra	3	12h/sem	CLT	R$ 4.062,98
Plantão de Pediatra - Emergência	3	12h/sem	CLT	R$ 4.061,98
Plantão de Ortopedista e Traumatologia	3	40h/sem	CLT	R$ 4.062,98
Médico Ginecologia e Obstetrícia	4	12h/sem	CLT	R$ 4.861,98
Plantão de Ultrassonografista	2	40h/sem	CLT	R$ 5.061,98
Médico Neurologista	4	30h/sem	CLT	R$ 11.580,00
Plantão de Clínico - Emergência noite	3	40h/sem	CLT	R$ 12.031,00
Médico Angiologista	4	30h/sem	CLT	R$ 14.050,00
Médico Cardiologista	3	30h/sem	CLT	R$ 13.110,00
Médico Hematologista	3	30h/sem	CLT	R$ 5.061,98
Médico do Trabalho	4	12h/sem	CLT	R$ 5.061,98
Médico Infectologista	4	12h/sem	CLT	R$ 5.061,98
Médico Gastroenterologia	3	20h/sem	CLT	R$ 5.061,98
Médico Angiologista e Cirurgia Vascular	3	20h/sem	CLT	R$ 5.001,98
Médico Otorrinolaringologia	3	12h/sem	CLT	R$ 2.780,83
Médico Anestesista	4	12h/sem	CLT	R$

				6.016,33
Médico Radiologista	4	12h/sem	CLT	R$ 3.057,78
CATEGORIA MÉDICA (R$ por plantão)				
Médicos Especialistas Assistenciais	120	12x36	CLT/PJ	R$ 1.200,00
Equipe Médica Contratada e Sobreaviso	120	12x36	CLT/PJ	R$ 1.200,00
Equipe Médica Própria	120	12x36	CLT/PJ	R$ 1.200,00
PRESTADORES DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS				
Limpeza/Higienização	22	44h	PJ	R$ 1.800,00
Limpeza/Higienização Covid	7	44h	PJ	R$ 1.800,00
Apoio Técnico de Saúde	20	44h	PJ	R$ 2.100,00
Maqueiro	15	44h	PJ	R$ 1.959,00
Copeira	4	44h	PJ	R$ 1.959,00
Vigilância e Portaria	12	12x36	PJ	R$ 1.959,00
Recepcionista Diurno	4	44h	PJ	R$ 2.000,00
Recepcionista Vespertino	4	44h	PJ	R$ 2.000,00
Recepcionista Noturno	2	44h	PJ	R$ 2.000,00
Recepcionista Folguista	3	44h	PJ	R$ 2.000,00
Jardineiro	2	44h	PJ	R$ 1.800,00
Motorista	3	44h	PJ	R$ 1.800,00

SEJA BEM VINDO!
Conheça o
INSV
Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória



Conheça o INSV

Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória

01 quem somos

02 nosso proposito

03 nossos diferenciais

04 nossos indicadores

05 nossos serviços

06 nossos contatos

Nossa história Começa na Bahia

Fundada em 1866, a Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos – INSV – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória foi criada com o objetivo de viabilizar projetos em Saúde, no município de Santo Amaro, na Bahia.

Naquela época, a instituição era responsável pela gestão do Hospital Nossa Senhora da Vitória que oferecia à comunidade atendimento médico-hospitalar de Média Complexidade.

O trabalho era executado com o apoio de mão-de-obra voluntária e doações realizadas pela comunidade local.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a instituição passou a receber recursos públicos para gestão do Hospital Nossa Senhora da Vitória.

Mais recentemente, considerando que a instituição existe há mais de 150 anos, o INSV passou a firmar instrumentos de parceria com a administração pública. O objetivo é gerir e operacionalizar unidades de saúde pública , sempre com o propósito de oferecer o melhor atendimento à população.

INSV

O hospital oferece diversos serviços:

- Urgência e Emergência 24 horas,
- Exames de análises clínicas
- Serviços de imagem em radiologia
- Eletrocardiograma
- Ultrassonografia
- Atendimento ambulatorial em Cardiologia,
- Oftalmologia
- Atendimento odontológico
- Pediatria
- Cirurgia Geral
- Ginecologia
- Obstetrícia
- Ortopedia
- Clínica Geral
- E Internação hospitalar

Atualmente, além de atuar na Bahia, o Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória está presente em outros cinco estados brasileiros, gerenciando dez unidades de Saúde que oferecem serviços na Atenção Básica, na Urgência e Emergência e na Atenção Hospitalar.

INSV

Nosso Próposito

Missão

Nossa missão é promover e desenvolver Saúde, Educação e Assistência Social em favor dos cidadãos, investindo em uma gestão empenhada na valorização da vida, na ética e na humanização dos serviços prestados.

Visão

O INSV tem como meta ser uma organização de gestão em saúde referência no Brasil, prestando serviço de excelência em consultoria e gestão especializada para organizações públicas e privadas.

Valores

- Ética e Credibilidade: atuar com base nos mais elevados princípios éticos se comprometendo a gerir recursos e serviços de forma responsável e otimizada.
- Inovação e excelência: buscar soluções inovadoras e criativas, visando atender as necessidades e superar as expectativas dos pacientes e clientes.
- Foco nas pessoas: desempenhar ações humanizadas, investindo na manutenção de um ambiente propício para constante atualização e crescimento dos colaboradores, valorizando e fomentando o desempenho individual e coletivo.
- Transparência: manter uma conduta transparente em relação aos objetivos contratuais e aos compromissos assumidos pelo Instituto.

INSV

Nossos Diferenciais

Atendimento Humanizado

As crianças que chegam ao mundo nas unidades são muito celebradas. No Centro Materno-Infantil, por exemplo, foi montada uma grande estrutura para garantir a segurança dos bebês e das mamães. No Programa Serenar, os prematuros são acompanhados após a alta hospitalar, a unidade incentiva o aleitamento materno e a realização do Método Canguru, em que o prematuro é colocado diretamente em contato com a pele da mãe ou do pai.

A importância do Voluntariado

Além de investir na qualificação do corpo técnico, ao longo do ano, o INSV desenvolve uma série de atividades lúdicas para garantir um ambiente acolhedor.
Muitas destas atividades são realizadas com a parceria de voluntários, como por exemplo, o saxofonista Rogério Silva, que leva música aos hospitais do Rio de Janeiro.

Centro de Tratamento de Queimados

Referência em todo o estado do Rio de Janeiro, o setor conta com 9 leitos e funciona no Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Baixada Fluminense.
A unidade possui enfermarias adulta e pediátrica e equipe formada por cirurgiões, cirurgiões plásticos, anestesistas, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas.

Educação Permanente

A busca por excelência é algo que move o INSV. Para alcançar resultados cada vez melhores, o Instituto investe na capacitação de seus funcionários por meio dos Núcleos de Educação Permanente, que têm como base as necessidades da população e como objetivo a transformação e aprimoramento das práticas profissionais e dos processos de trabalho.

INSV

Caravana Do bem

Prevenção

Prevenção é a palavra-chave quando o assunto é Saúde. O projeto itinerante Caravana do Bem foi criado com o **objetivo de levar atendimento médico, exames e procedimentos aos municípios brasileiros** atendendo a população de todas as faixas etárias de forma rápida e eficiente.

Com uma grande estrutura e tecnologia avançada, a Caravana tem capacidade para realizar milhares de atendimentos diários em **mais de dez especialidades,** dentre elas: Clínica Médica, Cardiologia,

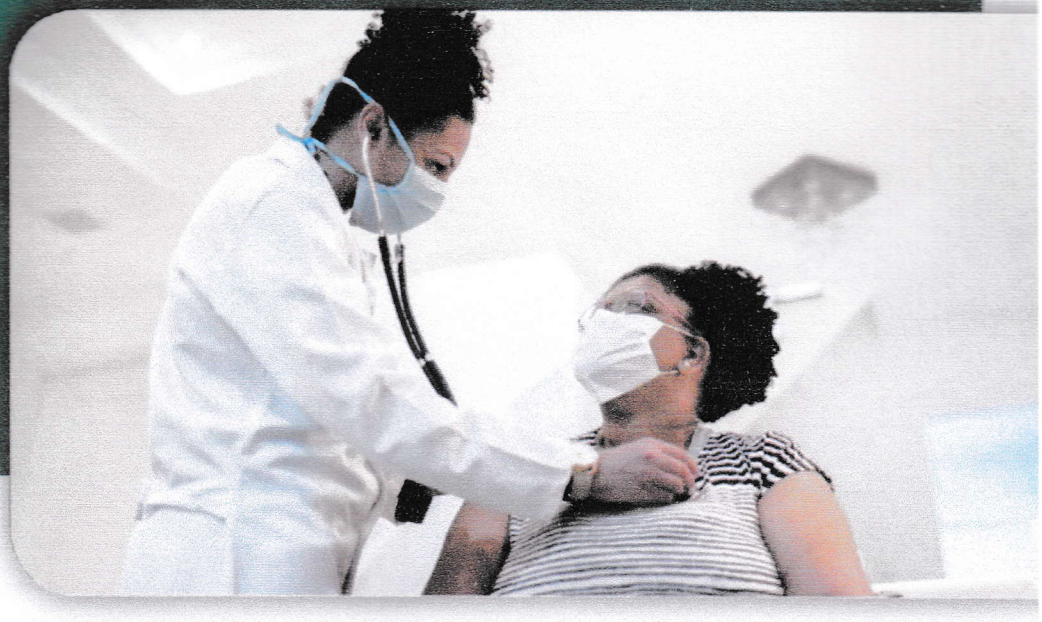
Serviço Personalizado

Oftalmologia, Urologia e Pediatria, de acordo com a necessidade dos municípios. O serviço personalizado é estruturado de acordo com as necessidades do município e **auxilia as prefeituras a desafogar as unidades públicas**, beneficiando toda a população local.

Para utilizar os serviços da Caravana do Bem os municípios podem utilizar recursos próprios, do PAB ou da Média Complexidade, incluindo as emen- das de custeio.

INSV

*Dados referentes ao período de janeiro de 2021 a abril de 2022.



Nossos Indicadores

Mais de 800 mil
Atendimentos

Mais de 4 mil
Colaboradores

5
Estados brasileiros

1,2 milhões
Exames

INSV
Instituto de Saúde Nossa Senhora do Vilarinho

Serviço dedicado as pessoas

O compromisso do INSV é oferecer o **melhor atendimento em Saúde** para cada pessoa assistida nas unidades gerenciadas pelo Instituto. Neste processo, a experiência conta muito. Além da Santa Casa, que **existe há mais de 150 anos** na Bahia, atualmente a instituição está presente em Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Sergipe, em redes estaduais e municipais.

Bahia

Salvador

UPA ADROALDO ALBERGARIA (PERIPERI)

Com porte II, a unidade oferece assistência 24 horas. São realizados, em média, seis mil atendimentos mensais em:

- Clínica Médica
- Ortopedia
- Odontologia.

A UPA conta com laboratório de análises clínicas, Raio-X, ECG e ultrassonografia.

Santo Amaro

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS

Com mais de 150 anos de existência, a unidade conta com serviços de:

- Urgência e Emergência 24 horas
- Atendimento ambulatorial em Cardiologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Cirurgia Geral
- Ginecologia
- Obstetrícia
- Ortopedia
- Clínica Geral e Odontologia.

São oferecidos também exames de análises clínicas, de imagem e diagnóstico.

Rio de Janeiro

Nilópolis

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA VEREADOR MELCHIADES CALAZANS

Referência em Traumatologia e Ortopedia no estado do Rio de Janeiro, o HTO Baixada funciona com **84 leitos e 6 salas cirúrgicas**. São realizadas consultas ambulatoriais e assistência pré e pós operatória de cirurgias ortopédicas. Conta com um Centro de Tratamento de Queimados, com 9 leitos e Centro de Imagem que realiza ecocardiograma, eletrocardiograma e ultrassonografia.

Paraíba do Sul

HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU

Inaugurado em junho de 2010, o HTO Dona Lindu é **uma das maiores referências do país.** A unidade é **especializada em Cirurgia Ortopédica** e possui 80 leitos e 6 salas cirúrgicas. São realizadas cirurgias de trauma, pé, mão, microcirurgia, quadril, joelho e ombro, além de atendimento em Reumatologia e exames de imagem.

Quissamã

TRÊS UNIDADES

HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS

Oferece atendimento de:

- Urgência
- Emergência 24 horas
- Conta com internação em Clínica Médica
- Pediatria
- Psiquiatria e UTI.

Referência regional em Obstetrícia, a unidade conta com serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento.

CENTRO DE SAÚDE BENEDITO PINTO DAS CHAGAS

CA unidade oferece atendimento:

- Ambulatorial em Odontologia
- Conta com sala de imunização
- Serviço de Atenção ao Pré-Natal
- Parto e Nascimento
- Pneumologia
- Serviço de diagnóstico por métodos gráfico-dinâmicos.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MIRIO BARROS WAGNER

Com atendimento 24 horas, a unidade oferece atendimento de Urgência em Clínica Médica.

São Paulo

Guarulhos

UPA ADROALDO ALBERGARIA (PERIPERI)

Com média de 12 mil atendimentos mensais, a UPA de porte II conta com 20 leitos e oferece atendimento em Clínica Médica, Ortopedia e Pediatria.

Sergipe

Laranjeiras

HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS

Referência para atendimento de Urgência e Emergência em Clínica Médica e Pediatria, dispõe de 15 leitos de enfermaria e três leitos de estabilização. Com perfil de Baixa Complexidade, o hospital funciona 24 horas e realiza cerca de três mil atendimentos mensais.

Minas Gerais

Betim

CENTRO MATERNO-INFANTIL

Inaugurada em dezembro de 2021, a unidade funciona com 133 leitos e atende a demanda de 13 municípios da região realizando uma média de 430 partos mensais. Referência ao recém-nascido de alto risco, o CMI conta com leitos de UTI Pediátrico e Neonatal e oferece atendimento em Ginecologia, Obstetrícia, Neonatologia, Cirurgia Ginecológica e Anestesiologia.

Nossos Contatos

O Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória está presente em cinco estados brasileiros, gerenciando dez unidades de Saúde.

Bahia

Rua Coronel Sebastião Dias, s/nº, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro. BA. CEP: 44.215-000

AV. Tancredo Neves, nº 620, sala 602, Caminho das Árvores, Salvador - BA. CEP: 41.820-020.
Tel: (71) 3561-0310

Rio de Janeiro

Rua da Assembleia nº 85, sala 1502, Ed. Assembleia One, Centro. Rio de Janeiro. RJ. CEP: 20.011-001. Tel: (21) 3400-8356

Rua Frei Batista, nº 105, Centro, Quissamã.
RJ. CEP: 28.735-000

São Paulo

Rua Alcides Lourenço da Rocha, 167, sala 71 , Brooklin São Paulo. SP. CEP: 04.571-110.

Tel: (11) 3845-1115

Minas Gerais

Rua Felipe dos Santos, nº 674, 5º andar, sala 503, Betim. Minas Gerais. CEP: 32.600-089.

Tel: (31) 3592-0699

Sergipe

Hospital São João de Deus
Laranjeiras-SE

PROPOSTA FINANCEIRA

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

EXPERIÊNCIA EM SAÚDE NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

EXPERIÊNCIA EM SAÚDE NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS E INFERIOR A 100 LEITOS

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS)

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA DA UNIDADE, COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E/OU GESTÃO EM SAÚDE DOS MEMBROS DA DIRETORIA E GERÊNCIA QUE ATUARÃO NA UNIDADE, COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INTERESSE DO TITULAR

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO NO GERENCIAMENTO (DIREÇÃO) DE UNIDADE HOSPITALAR DA DIRETORIA OU GERÊNCIA QUE ATUARÁ NA UNIDADE COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DO INTERESSE DO TITULAR

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATIVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO.

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia -Caio Louzada Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

APRESENTAÇÃO DE TITULO STRICTO SENSU NA ÁREA DE GESTÃO EM SAÚDE DOS INDICADOS PARA A GESTÃO DA UNIDADE, COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INTERESSE DO TITULAR

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

ESCALA DE TRABALHO

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

PROPOSTA FINANCEIRA

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

PROPOSTA PARA CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIO CURRICULARES, TREINAMENTOS EM SERVIÇOS, RESIDÊNCIAS E ESTÁGIOS.

Integrante da proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), conforme disposições do Chamamento Público 004/2023

Chamamento Público 004/2023

PROPOSTA DE TRABALHO PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, LOCALIZADO NA AV. UIRAPURU, S/N - PARQUE RES. ISAURA, SANTA HELENA DE GOIÁS - GO, 75920-000

PLANILHA DE CUSTOS E DESPESAS						
Itens de Despesas	**Mês 01**	**Mês 02**	**Mês 03**	**Mês 04**	**Mês 05**	**Mês 06**
1. Pessoal	**R$ 4.636.261,53**	**R$ 4.636.261,53**	**R$ 4.636.261,53**	**R$ 4.636.261,53**	**R$ 4.636.261,53**	**R$ 4.636.261,53**
1.1. Salários	R$ 4.102.225,03	R$ 4.102.225,03	R$ 4.102.225,03	R$ 4.102.225,03	R$ 4.102.225,03	R$ 4.102.225,03
1.2. Outras Formas de Contratação	R$ 437.000,00	R$ 437.000,00	R$ 437.000,00	R$ 437.000,00	R$ 437.000,00	R$ 437.000,00
1.3. Enc. Benef de 1.1 e 1.2	R$ 97.036,51	R$ 97.036,51	R$ 97.036,51	R$ 97.036,51	R$ 97.036,51	R$ 97.036,51
2. Medicamentos	**R$ 178.637,00**	**R$ 178.637,00**	**R$ 178.637,00**	**R$ 178.637,00**	**R$ 178.637,00**	**R$ 178.637,00**
3. Materiais	**R$ 180.953,98**	**R$ 180.953,98**	**R$ 180.953,98**	**R$ 180.953,98**	**R$ 180.953,98**	**R$ 180.953,98**
3.1. Materiais Hospitalares	R$ 153.244,00	R$ 153.244,00	R$ 153.244,00	R$ 153.244,00	R$ 153.244,00	R$ 153.244,00
3.2. Gases Medicinais	R$ 27.709,98	R$ 27.709,98	R$ 27.709,98	R$ 27.709,98	R$ 27.709,98	R$ 27.709,98
4. Materiais Diversos	**R$ 339.466,90**	**R$ 339.466,90**	**R$ 339.466,90**	**R$ 339.466,90**	**R$ 339.466,90**	**R$ 339.466,90**
4.1. Material de Higienização	R$ 168.169,80	R$ 168.169,80	R$ 168.169,80	R$ 168.169,80	R$ 168.169,80	R$ 168.169,80
4.2. Gêneros Alimentícios	R$ 110.750,98	R$ 110.750,98	R$ 110.750,98	R$ 110.750,98	R$ 110.750,98	R$ 110.750,98
4.3. Material Expediente	R$ 13.112,40	R$ 13.112,40	R$ 13.112,40	R$ 13.112,40	R$ 13.112,40	R$ 13.112,40
4.4. Combustível	R$ 17.997,72	R$ 17.997,72	R$ 17.997,72	R$ 17.997,72	R$ 17.997,72	R$ 17.997,72
4.5. GLP	R$	R$	R$	R$	R$	R$

	29.436,00	29.436,00	29.436,00	29.436,00	29.436,00	29.436,00
5. Serviços de Apoio	**R$ 91.886,80**	**R$ 91.886,80**	**R$ 91.886,80**	**R$ 91.886,80**	**R$ 91.886,80**	**R$ 91.886,80**
5.1 Laboratório	R$ 91.886,80	R$ 91.886,80	R$ 91.886,80	R$ 91.886,80	R$ 91.886,80	R$ 91.886,80
6. Manutenção	**R$ 112.999,00**	**R$ 112.999,00**	**R$ 112.999,00**	**R$ 112.999,00**	**R$ 112.999,00**	**R$ 112.999,00**
6.1. Material / Serviços	R$ 112.999,00	R$ 112.999,00	R$ 112.999,00	R$ 112.999,00	R$ 112.999,00	R$ 112.999,00
7.Seguros/Impostos/Taxas	**R$ 47.716,40**	**R$ 47.716,40**	**R$ 47.716,40**	**R$ 47.716,40**	**R$ 47.716,40**	**R$ 47.716,40**
7.1. Seguros	R$ 28.146,60	R$ 28.146,60	R$ 28.146,60	R$ 28.146,60	R$ 28.146,60	R$ 28.146,60
7.2.Impostos/Taxas	R$ 19.569,80	R$ 19.569,80	R$ 19.569,80	R$ 19.569,80	R$ 19.569,80	R$ 19.569,80
8. Telefonia	**R$ 5.098,40**	**R$ 5.098,40**	**R$ 5.098,40**	**R$ 5.098,40**	**R$ 5.098,40**	**R$ 5.098,40**
9. Água	**R$ 36.795,00**	**R$ 36.795,00**	**R$ 36.795,00**	**R$ 36.795,00**	**R$ 36.795,00**	**R$ 36.795,00**
10. Energia Elétrica	**R$ 57.164,40**	**R$ 57.164,40**	**R$ 57.164,40**	**R$ 57.164,40**	**R$ 57.164,40**	**R$ 57.164,40**
11. Prestação de Serviços Terceiros	**R$ 322.879,30**	**R$ 322.879,30**	**R$ 322.879,30**	**R$ 322.879,30**	**R$ 322.879,30**	**R$ 322.879,30**
12. Informática	**R$ 40.407,60**	**R$ 40.407,60**	**R$ 40.407,60**	**R$ 40.407,60**	**R$ 40.407,60**	**R$ 40.407,60**
13. TOTAL	**R$ 6.097.982,71**	**R$ 6.097.982,71**	**R$ 6.097.982,71**	**R$ 6.097.982,71**	**R$ 6.097.982,71**	**R$ 6.097.982,71**

INSV
Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória

Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos

PLANILHA DE CUSTOS E DESPESAS							
Itens de Despesas	**Mês 07**	**Mês 08**	**Mês 09**	**Mês 10**	**Mês 11**	**Mês 12**	**TOTAL**
1. Pessoal	**R$ 4.636.261,53**	**R$ 4.636.261,53**	**R$ 4.636.261,53**	**R$ 4.636.261,53**	**R$ 4.636.261,53**	**R$ 4.636.261,53**	**R$ 50.998.876,85**
1.1. Salários	R$ 4.102.225,03	R$ 4.102.225,03	R$ 4.102.225,03	R$ 4.102.225,03	R$ 4.102.225,03	R$ 4.102.225,03	**R$ 45.124.475,28**
1.2. Outras Formas de Contratação	R$ 437.000,00	R$ 437.000,00	R$ 437.000,00	R$ 437.000,00	R$ 437.000,00	R$ 437.000,00	**R$ 4.807.000,00**
1.3. Enc. Benef de 1.1 e 1.2	R$ 97.036,51	R$ 97.036,51	R$ 97.036,51	R$ 97.036,51	R$ 97.036,51	R$ 97.036,51	**R$ 1.067.401,57**
2. Medicamentos	**R$ 178.637,00**	**R$ 178.637,00**	**R$ 178.637,00**	**R$ 178.637,00**	**R$ 178.637,00**	**R$ 178.637,00**	**R$ 2.143.644,00**
3. Materiais	**R$ 180.953,98**	**R$ 180.953,98**	**R$ 180.953,98**	**R$ 180.953,98**	**R$ 180.953,98**	**R$ 180.953,98**	**R$ 2.171.447,76**
3.1. Materiais Hospitalares	R$ 153.244,00	R$ 153.244,00	R$ 153.244,00	R$ 153.244,00	R$ 153.244,00	R$ 153.244,00	**R$ 1.838.928,00**
3.2. Gases Medicinais	R$ 27.709,98	R$ 27.709,98	R$ 27.709,98	R$ 27.709,98	R$ 27.709,98	R$ 27.709,98	**R$ 332.519,76**
4. Materiais Diversos	**R$ 339.466,90**	**R$ 339.466,90**	**R$ 339.466,90**	**R$ 339.466,90**	**R$ 339.466,90**	**R$ 339.466,90**	**R$ 4.073.602,80**
4.1. Material de Higienização	R$ 168.169,80	R$ 168.169,80	R$ 168.169,80	R$ 168.169,80	R$ 168.169,80	R$ 168.169,80	**R$ 2.018.037,60**
4.2. Gêneros Alimentícios	R$ 110.750,98	R$ 110.750,98	R$ 110.750,98	R$ 110.750,98	R$ 110.750,98	R$ 110.750,98	**R$ 1.329.011,76**
4.3. Material Expediente	R$ 13.112,40	R$ 13.112,40	R$ 13.112,40	R$ 13.112,40	R$ 13.112,40	R$ 13.112,40	**R$ 157.348,80**
4.4. Combustível	R$ 17.997,72	R$ 17.997,72	R$ 17.997,72	R$ 17.997,72	R$ 17.997,72	R$ 17.997,72	**R$ 215.972,64**
4.5. GLP	R$	R$	R$	R$	R$	R$	**R$**

	29.436,00	29.436,00	29.436,00	29.436,00	29.436,00	29.436,00	**353.232,00**
5. Serviços de Apoio	**R$ 91.886,80**	**R$ 91.886,80**	**R$ 91.886,80**	**R$ 91.886,80**	**R$ 91.886,80**	**R$ 91.886,80**	**R$ 1.102.641,60**
5.1 Laboratório	R$ 91.886,80	R$ 91.886,80	R$ 91.886,80	R$ 91.886,80	R$ 91.886,80	R$ 91.886,80	**R$ 1.102.641,60**
6. Manutenção	**R$ 112.999,00**	**R$ 112.999,00**	**R$ 112.999,00**	**R$ 112.999,00**	**R$ 112.999,00**	**R$ 112.999,00**	**R$ 1.355.988,00**
6.1. Material / Serviços	R$ 112.999,00	R$ 112.999,00	R$ 112.999,00	R$ 112.999,00	R$ 112.999,00	R$ 112.999,00	**R$ 1.355.988,00**
7.Seguros/Impostos/Taxas	**R$ 47.716,40**	**R$ 47.716,40**	**R$ 47.716,40**	**R$ 47.716,40**	**R$ 47.716,40**	**R$ 47.716,40**	**R$ 572.596,80**
7.1. Seguros	R$ 28.146,60	R$ 28.146,60	R$ 28.146,60	R$ 28.146,60	R$ 28.146,60	R$ 28.146,60	**R$ 337.759,20**
7.2.Impostos/Taxas	R$ 19.569,80	R$ 19.569,80	R$ 19.569,80	R$ 19.569,80	R$ 19.569,80	R$ 19.569,80	**R$ 234.837,60**
8. Telefonia	**R$ 5.098,40**	**R$ 5.098,40**	**R$ 5.098,40**	**R$ 5.098,40**	**R$ 5.098,40**	**R$ 5.098,40**	**R$ 61.180,80**
9. Água	**R$ 36.795,00**	**R$ 36.795,00**	**R$ 36.795,00**	**R$ 36.795,00**	**R$ 36.795,00**	**R$ 36.795,00**	**R$ 441.540,00**
10. Energia Elétrica	**R$ 57.164,40**	**R$ 57.164,40**	**R$ 57.164,40**	**R$ 57.164,40**	**R$ 57.164,40**	**R$ 57.164,40**	**R$ 685.972,80**
11. Prestação de Serviços Terceiros	**R$ 322.879,30**	**R$ 322.879,30**	**R$ 322.879,30**	**R$ 322.879,30**	**R$ 322.879,30**	**R$ 322.879,30**	**R$ 3.874.551,60**
12. Informática	**R$ 40.407,60**	**R$ 40.407,60**	**R$ 40.407,60**	**R$ 40.407,60**	**R$ 40.407,60**	**R$ 40.407,60**	**R$ 484.891,20**
13. TOTAL	**R$ 6.097.982,71**	**R$ 6.097.982,71**	**R$ 6.097.982,71**	**R$ 6.097.982,71**	**R$ 6.097.982,71**	**R$ 6.097.982,71**	**R$ 73.175.792,54**

QUALIFICAÇÕES

SALVADOR - BA
(71) 2132-2477
AV. TANCREDO NEVES, 620,
SALA 602,CAMINHO DAS
ÁRVORES, SALVADOR - BA
CEP: 41.820-020

SÃO PAULO - SP
(11) 3845-1115
RUA ALCIDES LOURENÇO
DA ROCHA,167, SALA 71,
BROOKLIN, SÃO PAULO- SP
CEP: 04.571-110

UNIDADES
BAHIA
MINAS GERAIS
RIO DE JANEIRO
SÃO PAULO
SERGIPE
insvsaude.org

DIÁRIO OFICIAL
República Federativa do Brasil - Estado da Bahia
SALVADOR, QUINTA-FEIRA, 16 DE JUNHO DE 2022 - ANO CVI - Nº 23.439

PROCURADORIA GERAL DO ESTADO

PORTARIA PGE Nº 074 DE 15 DE JUNHO DE 2022

O PROCURADOR GERAL DO ESTADO, no uso de suas atribuições legais, e de acordo com o disposto no expediente SEI nº. 006.0417.2022.0013652-31,

RESOLVE

Art. 1° - Fica prorrogado o prazo inicialmente concedido para conclusão dos trabalhos de instauração do Processo Administrativo de Reparação de Danos-PRD constituído pela Portaria PGE nº 051, de 13 de abril de 2022, por mais 60 (sessenta) dias, a partir do dia 14 de junho de 2022.
Art. 2° - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

PAULO MORENO CARVALHO
Procurador Geral do Estado

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

RESOLUÇÃO Nº 29/2022
APROVA O PEDIDO DE QUALIFICAÇÃO DO INSTITUTO BAIANO DE EDUCAÇÃO E CULTURA - IBEC

Considerando a solicitação do Instituto Baiano de Educação e Cultura - IBEC para qualificar-se como Organização Social, e justificada conforme documentos encartados nos autos do processo administrativo de nº. 022.2247.2022.0001260-28;

E considerando a análise realizada pela Secretaria Executiva do CONGEOS, através do Parecer Técnico constante do referido processo, verificou-se que a entidade atende os requisitos estabelecidos na Lei nº. 8.647/2003 e Decreto nº. 8.890/2004.

O CONSELHO DE GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, TENDO EM VISTA O QUE PREVÊ O INCISO IV, § 2º DO ART. 2° DA LEI ESTADUAL Nº 8.647/2003;

RESOLVE

Art. 1º - Aprovar o pedido de qualificação do Instituto Baiano de Educação e Cultura - IBEC, CNPJ Nº. 10.651.302/0001-83, para atuar na área da cultura, como Organização Social, em conformidade com o processo nº. 022.2247.2022.0001260-28;

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

TATIANE CÉZAR PEREIRA
Presidente Suplente

MARA CLÉCIA DANTAS SOUZA
Conselheira Titular

GUY PADILHA LUZ FILHO
Conselheiro Suplente

ALBENE DICIULA PIAU VASCONCELOS
Conselheira Suplente

RAFAEL MENDES BRITO TEIXEIRA DE CASTRO
Conselheiro Suplente

ALAN JONES DAMASCENO PINHO
Conselheiro Suplente

GISLEIDE DO CARMO OLIVEIRA
Conselheira Titular

PAULO RICARDO DE SOUZA SOARES
Conselheiro Titular

ISAMAR VILAS BOAS PERRELLI
Conselheiro Titular

RESOLUÇÃO Nº 30/2022
APROVA O PEDIDO DE QUALIFICAÇÃO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA

Considerando a solicitação da Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos - Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória para qualificar-se como Organização Social, e justificada conforme documentos encartados nos autos do processo administrativo de nº. 019.5120.2020.0076687-19;

E considerando a análise realizada pela Secretaria Executiva do CONGEOS, através do Parecer Técnico constante do referido processo, verificou-se que a entidade atende os requisitos estabelecidos na Lei nº. 8.647/2003 e Decreto nº. 8.890/2004.

O CONSELHO DE GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, TENDO EM VISTA O QUE PREVÊ O INCISO IV, § 2º DO ART. 2° DA LEI ESTADUAL Nº 8.647/2003;

RESOLVE

Art. 1º - Aprovar o pedido de qualificação da Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos - Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória, CNPJ nº. 13.824.560/0001-02, para atuar na área da saúde, como Organização Social, em conformidade com o processo nº. 019.5120.2020.0076687-19;

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

TATIANE CÉZAR PEREIRA
Presidente Suplente

MARA CLÉCIA DANTAS SOUZA
Conselheira Titular

GUY PADILHA LUZ FILHO
Conselheiro Suplente

ALBENE DICIULA PIAU VASCONCELOS
Conselheira Suplente

RAFAEL MENDES BRITO TEIXEIRA DE CASTRO
Conselheiro Suplente

ALAN JONES DAMASCENO PINHO
Conselheiro Suplente

GISLEIDE DO CARMO OLIVEIRA
Conselheira Titular

PAULO RICARDO DE SOUZA SOARES
Conselheiro Titular

ISAMAR VILAS BOAS PERRELLI
Conselheiro Titular

RESOLUÇÃO Nº 31/2022
INDEFERIMENTO DO PEDIDO DE QUALIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL JOÃO MARCHESI

Considerando solicitação da Organização Social João Marchesi à Secretaria de Saúde - SESAB para qualificar-se como Organização Social, e justificada conforme documentos encartados nos autos do processo administrativo de nº. 019.5110.2021.0156984-56;

E considerando a análise realizada pela Secretaria Executiva do CONGEOS, através do Parecer Técnico constante do referido processo, verificou-se que a entidade não atende os requisitos estabelecidos na Lei nº. 8.647/2003 e Decreto nº. 8.890/2004.

O CONSELHO DE GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, TENDO EM VISTA O QUE PREVÊ O INCISO IV, § 2º DO ART. 2° DA LEI ESTADUAL Nº 8.647/2003;

RESOLVE

Art. 1º - Indeferir o pedido de qualificação da Organização Social João Marchesi, CNPJ nº. 00.033.940/0001-87, para atuar na área da saúde, como Organização Social, em conformidade com o processo nº. 019.5110.2021.0156984-56;

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

TATIANE CÉZAR PEREIRA
Presidente Suplente

MARA CLÉCIA DANTAS SOUZA
Conselheira Titular

GUY PADILHA LUZ FILHO
Conselheiro Suplente

ALBENE DICIULA PIAU VASCONCELOS
Conselheira Suplente

CÓPIA - Consulte informação oficial em www.dool.egba.ba.gov.br

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DO SALVADOR, CAPITAL DO ESTADO DA BAHIA, no uso de suas atribuições,
R E S O L V E :

Considerar nomeado, desde 01/07/2020, **GERALDO NASCIMENTO SANTOS**, para exercer cargo em comissão de Secretário de Gabinete, Grau 51, da Secretaria Municipal do Trabalho, Esportes e Lazer.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DO SALVADOR, CAPITAL DO ESTADO DA BAHIA, no uso de suas atribuições,

R E S O L V E :

Considerar nomeado, desde 24/06/2020, **LÚCIO SÉRGIO GARCIA MANGIERI**, para exercer cargo em comissão de Gerente III, Grau 56, da Gerência de Custos e Orçamentos - Diretoria de Engenharia, da Secretaria Municipal de Infraestrutura e Obras Pública e exonerar, a pedido, do mesmo cargo, RAIMUNDO BENEDITO ALVES LEITE.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DO SALVADOR, CAPITAL DO ESTADO DA BAHIA, no uso de suas atribuições, e com fundamento no Processo - SMS nº 8675/2020, observada a Resolução/COGEDS nº 16/2020,

R E S O L V E:

Qualificar a **Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos - INSV - Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória**, CNPJ (MF) sob nº 13.824.560.0001/02, como Organização Social, em conformidade com o disposto nos art. 5º da Lei Municipal nº 8.631 de 25 de julho de 2014, para atuar na área da Saúde.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DO SALVADOR, CAPITAL DO ESTADO DA BAHIA, no uso de suas atribuições,

R E S O L V E :

Exonerar, a pedido, **LUCIANA BORGES TEIXEIRA**, do cargo em comissão de Coordenador II, da Coordenadoria de Contabilidade - Diretoria do Tesouro Municipal, da Secretaria Municipal da Fazenda.

GABINETE DO PREFEITO DO MUNICÍPIO DO SALVADOR, em 02 de julho de 2020.

GABINETE DO VICE-PREFEITO - GABVP

PORTARIA Nº 03/2020

O VICE-PREFEITO MUNICIPAL DO SALVADOR no uso de suas atribuições conferidas através do Regimento Interno aprovado pelo Decreto nº 13.526 de 07 de março de 2002,

RESOLVE:

Considerar designado, no período 15/07/2020 a 13/08/2020, o servidor Hermano Mello, matrícula 3152295, ocupante do Cargo em Comissão de Assessor Chefe I do Gabinete do Vice-Prefeito, Grau 55, para responder cumulativamente pelo Cargo em Comissão de Assessor Especial III do Gabinete do Vice-Prefeito, Grau 57, em substituição do titular Victor de Andrade Ferreira, matrícula 3139572, por motivo de férias.

GABINETE DO VICE-PREFEITO, SALVADOR, em 02 de julho de 2020.

BRUNO SOARES REIS
Vice-Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA - SEFAZ

DESPACHOS FINAIS DO COORDENADOR DA COORDENADORIA DE TRIBUTAÇÃO E JULGAMENTO - CTJ, DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA PORTARIA Nº 122/2016, artigo 1º, II, "b"

RETIFICAÇÃO

NO DESPACHO FINAL DO PROCESSO Nº 41178/2016 PUBLICADO NO DOM Nº 6.666 DO DIA 31 DE AGOSTO DE 2016.

Onde se lê:
(Inscrição imobiliária nº 922.029-3)

Leia-se:
(Inscrição imobiliária nº 922.028-3)

Salvador, 2 de julho de 2020.

VALDIR OLIVEIRA DE BRITO
Coordenador da CTJ

DESPACHOS FINAIS DO COORDENADOR DA COORDENADORIA DE TRIBUTAÇÃO E JULGAMENTO - CTJ, DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA PORTARIA Nº 122/2016, artigo 1º, II, "b"

RETIFICAÇÃO

NO DESPACHO FINAL DO PROCESSO Nº 63577/2013 PUBLICADO NO DOM Nº 6.486 DO DIA 19 A 21 DE DEZEMBRO DE 2015.

Onde se lê:

(Inscrições imobiliárias nº 693.425-9, 693.565-9 e 693.591-6)

Leia-se:

(Inscrições imobiliárias nº 693.425-0, 693.565-6 e 692.959-1)

Salvador, 2 de julho de 2020.

VALDIR OLIVEIRA DE BRITO
Coordenador da CTJ

SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO - SEMGE

PORTARIA N.º 181/2020

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE GESTÃO, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 15, inciso XI do Regimento da SEMGE, aprovado pelo Decreto n.º 28.415, de 28 de Abril de 2017 e de acordo com o Processo nº 2607/2018 - SMS,

RESOLVE:

Aplicar à empresa **MATÉRIA PRIMA COMERCIAL DE ALIMENTAÇÃO EIRELI, CNPJ: 34.262.220/0001-05**, por descumprimento da Cláusula Sexta, itens 6.3, subitem 6.3.1 e 6.4 do Contrato nº 007/2018 - SMS, as seguintes penalidades, com base na Cláusula Nona, item 9.2, subitem 9.2.2 do referido contrato e de acordo com os dispositivos previstos nas Leis Federais nº 10.520/02 e nº 8.666/93, Decreto Municipal nº 15.984/05 e Leis Municipais nº 4.484/92 e 6.148/02:

I-Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor do empenho e;

II-Suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração Pública Municipal por um período de 12 (doze) meses.

GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO, em 18 de Junho de 2020.

THIAGO MARTINS DANTAS
Secretário

PORTARIA N.º 182/2020

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE GESTÃO, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 15, inciso XI do Regimento da SEMGE, aprovado pelo Decreto n.º 28.415, de 28 de Abril de 2017 e de acordo com o Ofício nº 774/2017 - SMS,

RESOLVE:

Aplicar à empresa **CITOCLIN LABORATÓRIO DE CITOLOGIA CLÍNICA LTDA., CNPJ: 04.829.816/0001-83**, por descumprimento dos itens II, VI e XXIII da Cláusula Terceira do Contrato nº 217/2013 - SMS, as seguintes penalidades, com base na Cláusula Décima Primeira, §1º, incisos IV, V e VII, alínea "a" do referido contrato e de acordo com os dispositivos previstos nas Leis Federais nº 10.520/02 e nº 8.666/93, Decreto Municipal nº 15.984/05 e Leis Municipais nº 4.484/92 e 6.148/02:

I-Advertência e,

II- Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal orçado para a prestação de serviços pela CONTRATADA.

GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO, em 18 de Junho de 2020.

THIAGO MARTINS DANTAS
Secretário

PORTARIA N.º 183/2020

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE GESTÃO, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 15, inciso XI do Regimento da SEMGE, aprovado pelo Decreto n.º 28.415, de 28 de Abril de 2017 e de acordo com o Processo nº 4538/2018 - SEMGE,

RESOLVE:

Aplicar à empresa **CRH EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA LTDA EPP, CNPJ: 14.566.765/0001-06**, por descumprimento das Cláusulas Sétima e Vigésima Segunda, itens 7.1 e 22.1 do Edital de Pregão Eletrônico nº 237/2017 - SEMGE, a seguinte penalidade, com base no artigo 15 da Lei Municipal nº 6.148/02 e de acordo com os dispositivos previstos nas Leis Federais nº 10.520/02 e nº 8.666/93, Decreto Municipal nº 15.984/05 e Lei Municipal nº 4.484/92:

I-Suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração Pública Municipal por um período de 03 (três) meses.

GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO, em 18 de Junho de 2020.

THIAGO MARTINS DANTAS
Secretário

Diário Oficial

MUNICÍPIO DE ARACAJU

ANO XXXI | **Aracaju (SE), 14 de Março de 2022** | **Nº 4842**

PODER EXECUTIVO

PREFEITO	VICE-PREFEITA
EDVALDO NOGUEIRA	**KATARINA FEITOZA**

SECRETÁRIOS MUNICIPAIS

Secretário Municipal de Governo
EVANDRO DA SILVA GALDINO

Secretário Municipal da Comunicação Social
CARLOS ROBERTO DA SILVA

Procurador-Geral do Município
SIDNEY AMARAL CARDOSO

Secretário-Chefe da Controladoria-Geral do Município
ELIZIÁRIO SILVEIRA SOBRAL

Secretário Municipal da Fazenda
JEFERSON DANTAS PASSOS

Secretário Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão
AUGUSTO FÁBIO OLIVEIRA DOS SANTOS

Secretária Municipal da Educação
MARIA CECÍLIA TAVARES LEITE

Secretária Municipal da Saúde
WANESKA DE SOUZA BARBOZA

Secretária Municipal da Família e da Assistência Social
SIMONE SANTANA PASSOS MAIA

Secretário Municipal da Juventude e do Esporte
SÉRGIO LUIZ THIESSEN

Secretário Municipal do Meio Ambiente
ALAN ALEXANDER MENDES LEMOS

Secretário Municipal da Indústria, Comércio e Turismo
JORGE LUÍS ALMEIDA FRAGA

Secretário Municipal da Infraestrutura
ANTÔNIO SÉRGIO FERRARI VARGAS

Secretário Municipal da Defesa Social e da Cidadania
LUIS FERNANDO SILVEIRA DE ALMEIDA

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE ARACAJU

Secretário Municipal de Governo
EVANDRO DA SILVA GALDINO

Diretor da Coordenadoria Especial de Registro e Edição de Atos Oficiais e Legislação

Coordenador da Imprensa Oficial
LEONEL MARQUES AQUINO FILHO

Centro Administrativo Prefeito Aloísio Campos
Rua Frei Luís Canelo de Noronha, nº 42, Conjunto Costa e Silva - CEP 49097-270
Aracaju, Sergipe - Brasil / Fone: (79) 4009-7838
http://www.aracaju.se.gov.br

Atos do Poder Executivo

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU

DECRETO N.º 6.703
DE 08 DE MARÇO DE 2022

Outorga a qualificação como organização social à Associação Aracajuana de Beneficência (Hospital e Maternidade Santa Isabel), que passa a ser considerada entidade de interesse social e de utilidade pública, e dá providências correlatas.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ARACAJU, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 120, inciso IV, da Lei Orgânica Municipal; combinado com disposições da Lei Complementar n.º 119, de 06 de fevereiro de 2013, bem como art. 3º da Lei Municipal n.º 4.383, de 22 de maio de 2013, alterada pela Lei Municipal n.º 5.400, de 30 de setembro de 2021;

Considerando os termos da Lei (Federal) nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e que tal legislação estabelece que o Poder Executivo da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios poderão qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos ali previstos (artigo 1º);

Considerando as disposições da Lei nº 4.383, de 22 de maio de 2013, alterada pela Lei nº 5.400, de 30 de setembro de 2021, que determinam os requisitos para a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais desde que suas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde;

Considerando que nos termos do Protocolo n.º 53.314/2020 houve análise pela Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão e parecer jurídico proferido pela Procuradoria-Geral do Município de Aracaju, concluindo que a citada entidade cumpre os requisitos legais, técnicos e jurídicos relacionados nos artigos 2º e 4º-A da Lei nº 4.383, de 22 de maio de 2013, para sua qualificação como Organização Social;

Considerando finalmente a conveniência e oportunidade do reconhecimento da Associação Aracajuana de Beneficência (Hospital e Maternidade Santa Isabel) – CNPJ Nº. 13.025.507/0001-41 como Organização Social, no âmbito da Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão, para uma eventual formalização de contrato de gestão,

D E C R E T A :

Art. 1º Fica qualificada como Organização Social no Município de Aracaju a Associação Aracajuana de Beneficência (Hospital e Maternidade Santa Isabel) – CNPJ Nº. 13.025.507/0001-41, nos termos do disposto na Lei nº 4.383, de 22 de maio de 2013, alterada pela Lei nº 5.400, de 30 de setembro de 2021.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Aracaju, 08 de março de 2022. 201º da Independência, 134º da República e 167º da Emancipação Política do Município.

EDVALDO NOGUEIRA
PREFEITO DE ARACAJU

Augusto Fábio Oliveira dos Santos
Secretário Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão

Sidney Amaral Cardoso
Procurador-Geral do Município

Evandro da Silva Galdino
Secretário Municipal de Governo

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU

DECRETO N.º 6.704
DE 08 DE MARÇO DE 2022

Outorga a qualificação como organização social ao INTS – Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde, que passa a ser considerada entidade de interesse social e de utilidade pública, e dá providências correlatas.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ARACAJU, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 120, inciso IV, da Lei Orgânica Municipal; combinado com disposições da Lei Complementar n.º 119, de 06 de fevereiro de 2013, bem como art. 3º da Lei n.º 4.383, de 22 de maio de 2013, alterada pela Lei n.º 5.400, de 30 de setembro de 2021;

Considerando os termos da Lei (Federal) nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e que tal legislação estabelece que o Poder Executivo da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios poderão qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos ali previstos (artigo 1º);

Considerando as disposições da Lei nº 4.383, de 22 de maio de 2013, alterada pela Lei nº 5.400, de 30 de setembro de 2021, que determinam os requisitos para a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais desde que suas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde;

Considerando que nos termos do Protocolo n.º 53.314/2020 houve análise pela Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão e parecer jurídico proferido pela Procuradoria-Geral do Município de Aracaju, concluindo que a citada entidade cumpre os requisitos legais, técnicos e jurídicos relacionados nos artigos 2º e 4º-A da Lei nº 4.383, de 22 de maio de 2013, para sua qualificação como Organização Social;

Considerando finalmente a conveniência e oportunidade do reconhecimento da INTS – Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – CNPJ Nº. 11.344.038/0001-06 como Organização Social, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, para uma eventual formalização de contrato de gestão,

D E C R E T A :

Art. 1º Fica qualificada como Organização Social no Município de Aracaju a INTS – Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – CNPJ Nº. 11.344.038/0001-06, nos termos do disposto na Lei nº 4.383, de 22 de maio de 2013, alterada pela Lei nº 5.400, de 30 de setembro de 2021.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Aracaju, 08 de março de 2022. 201º da Independência, 134º da República e 167º da Emancipação Política do Município.

EDVALDO NOGUEIRA
PREFEITO DE ARACAJU

Augusto Fábio Oliveira dos Santos
Secretário Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão

Sidney Amaral Cardoso
Procurador-Geral do Município

Evandro da Silva Galdino
Secretário Municipal de Governo

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU

DECRETO N.º 6.705
DE 08 DE MARÇO DE 2022

Outorga a qualificação como organização social à Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos – INSV – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória, que passa a ser considerada entidade de interesse social e de utilidade pública, e dá providências correlatas.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ARACAJU, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 120, inciso IV, da Lei Orgânica Municipal; combinado com disposições da Lei Complementar n.º 119, de 06 de fevereiro de 2013, bem como art. 3º da Lei n.º 4.383, de 22 de maio de 2013, alterada pela Lei n.º 5.400, de 30 de setembro de 2021;

Considerando os termos da Lei (Federal) nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e que tal legislação estabelece que o Poder Executivo da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios poderão qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos ali previstos (artigo 1º);

Considerando as disposições da Lei nº 4.383, de 22 de maio de 2013, alterada pela Lei nº 5.400, de 30 de setembro de 2021, que determinam os requisitos para a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais desde que suas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde;

Considerando que nos termos do Protocolo n.º 53.314/2020 houve análise pela Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão e parecer jurídico proferido pela Procuradoria-Geral do Município de Aracaju, concluindo que a citada entidade cumpre os requisitos legais, técnicos e jurídicos relacionados nos artigos 2º e 4º-A da Lei nº 4.383, de 22 de maio de 2013, para sua qualificação como Organização Social;

Considerando finalmente a conveniência e oportunidade do reconhecimento da Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos – INSV – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória – CNPJ Nº. 13.824.560/0001-02 como Organização Social, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, para uma eventual formalização de contrato de gestão,

D E C R E T A :

Art. 1º Fica qualificada como Organização Social no Município de Aracaju a Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos – INSV – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória – CNPJ Nº. 13.824.560/0001-02, nos termos do disposto na Lei nº 4.383, de 22 de maio de 2013, alterada pela Lei nº 5.400, de 30 de setembro de 2021.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Aracaju, 08 de março de 2022. 201º da Independência, 134º da República e 167º da Emancipação Política do Município.

EDVALDO NOGUEIRA
PREFEITO DE ARACAJU

Augusto Fábio Oliveira dos Santos
Secretário Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão

Sidney Amaral Cardoso
Procurador-Geral do Município

Evandro da Silva Galdino
Secretário Municipal de Governo

CERTIFICADO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL

O **MUNICÍPIO DE BARUERI**, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 46.523.015/0001-35, com sede na Rua Prof. João da Matta e Luz, 84, Centro, Barueri, Estado de São Paulo, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, **RUBENS FURLAN**, nos termos do que dispõe a Lei Municipal nº 2.600, de 28 de março de 2018, regulamentada pelo Decreto nº 8.902, de 04 de janeiro de 2019, outorga à **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA,** CNPJ. 13.824.560/0001-02, com sede na Rua Sebastião Dias, S/N – Campinhos – Santo Amaro/BA, a qualificação como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**, na área da Saúde.

Barueri, 1º de fevereiro de 2021.

RUBENS FURLAN
Prefeito Municipal

CERTIFICO QUE O PRESENTE ATO FOI PUBLICADO NA EDIÇÃO DO DIA
6/3/2021

Rua Prof. João da Matta e Luz, 84 - Centro - Barueri - SP - CEP: 06401-090 - Fone: (11) 4199-8031 e 4199-8036
E-mail: juridico@barueri.sp.gov.br

PREFEITURA DE GUARULHOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS
ESTADO DE SÃO PAULO

NÚMERO: 008/2020	**DATA DE EMISSÃO: 03/11/2020**
RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA	
ENDEREÇO: AVENIDA TANCREDO NEVES, 620, SALA 1617 – CAMINHO DAS ÁRVORES	
CIDADE: SALVADOR	**ESTADO: BAHIA** **CEP: 41.820-020**
CNPJ: 13.824.560/0001-02	
Atendido todos os requisitos legais, fica a entidade sem fins lucrativos acima qualificada como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL – O.S.** no Município de Guarulhos, nos termos da Lei nº 7.545/17 e do Decreto nº 34.210/17, para desenvolver atividades dirigidas à saúde, conforme despacho no processo nº **27206/2020** e publicação no Diário Oficial do Município de Guarulhos.	

DR. JOSÉ MARIO STRANGHETTI CLEMENTE
Secretário Municipal da Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE

PORTARIA nº 236/2020-SS

SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, **JOSÉ MÁRIO STRANGHETTI** de suas atribuições legais,

ntido no Decreto Municipal nº 33912, de 16 de janeiro de 2017, que dispõe sobre as cedimentos a serem observados pelos órgãos gestores e pelos fiscais de contratos os da Administração Municipal Direta, Indireta, e com a finalidade de dar cumprimento no art. 6º, solicitamos a publicação de designação dos servidores abaixo nomeados, como esponsáveis pelo acompanhamento, fiscalização, avaliação e ateste da execução dos pertencentes a esta Pasta:
consta no Memorando nº2050/2020 – SS21.03

os servidores responsáveis pela gestão e fiscalização dos contratos desta Pasta.

	EMPRESA	OBJETO	GESTOR	FISCAL
)	N.S. KARYDI EIRELI	COVID -19 - 25% - FORNECIMENTO DE AVENTAL DESCARTÁVEL.	TITULAR: RITA ELISA FERNANDES - CF 48.099	TITULAR 1: BRUNO RODRIGUES DE SOUZA - CF 47.299
			SUPLENTE: PATRÍCIA LIQUIERI - CF 55.600	TITULAR 2: DANIELLE ALVES FEITOSA DE SOUSA - CF 47.051
				SUPLENTE: ISIS DE CARVALHO ORSINI - CF 48.307

signados desempenharão as funções sem prejuízo de suas atividades funcionais.
ria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA nº 238/2020-SS

SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, **JOSÉ MARIO STRANGHETTI** de suas atribuições legais,

ntido Decreto Municipal nº 33912, de 16 de janeiro de 2017, que dispõe sobre as cedimentos a serem observados pelos órgãos gestores e pelos fiscais de contratos os da Administração Municipal Direta, Indireta, e com a finalidade de dar cumprimento no art. 6º, solicitamos a publicação de designação dos servidores abaixo nomeados, como esponsáveis pelo acompanhamento, fiscalização, avaliação e ateste da execução dos pertencentes a esta Pasta:
consta no Memorando nº 116/2020-SS02.12,

os servidores responsáveis pela gestão e fiscalização dos contratos desta Pasta.

	OBJETO	PA	GESTOR	FISCAL
Eireli -61 TDA- 1001-	Fornecimento mensal de Kits Lanche (biscoitos, sucos de frutas e outros) para pacientes em tratamento de TB Fornecimento Mensal de Kits Lanche (biscoitos, sucos de frutas e outros) para pacientes em tratamento de TB.	36115/2020 – Vigência 18/06/2020 a 18/06/2021 36107/2020 Vigência 15/05/2020 a 15/06/2021	Sonia Maria Mohallem CF-15.951 Sonia Maria Mohallem CF-15.951	Danilla Patricia Marques da Silva Sales Souza CF-38.045 Adriana dos Santos Oliveira CF – 26.722

signados desempenharão as funções sem prejuízo de suas atividades funcionais.
ria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA Nº. 239/2020-SS

SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, **JOSÉ MÁRIO STRANGHETTI** de suas atribuições legais e com fundamento no disposto no inciso XIV, artigo 63, da Lei o e, considerando o que consta no artigo 6º da Lei Municipal nº 6010, de 12 de abril de 2004,

ição do CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, constituído pelo Decreto nº 36805 de 16 de rme segue:

Segm o dos Usuários do SUS – Pastoral da Saúde Paróquia Santa Cruz do Taboão

Monte (Titular)

Vaz (Titular)
dade de Oliveira (Suplente)

ATO DE QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

pal de Saúde, Dr. JOSÉ MÁRIO STRANGHETTI CLEMENTE, no uso de suas atribuições para conhecimento dos interessados e, considerando o disposto no § 1º, do Artigo 2º do º 34.210, de 30 de maio de 2017, que fica qualificada como ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM entidade: **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV AÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, por haver atendido às exigências estabelecidas º 7.545/17, regulamentada pelo Decreto acima referido.

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DIVISÃO TÉCNICA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

EDITAL Nº 458/2020 23/10/2020

	REQUERENTE	DESPACHO
)	DROGARIA CAMPEA POPULAR DOM PEDRO LTDA EPP	DEFERIDO
)	DROGARIA CAMPEA POPULAR DOM PEDRO LTDA EPP	DEFERIDO
)	DROGARIA CAMPEA POPULAR DOM PEDRO LTDA EPP	DEFERIDO
)	DROGARIAS POUPE MAIS LTDA EPP	DEFERIDO
)	DROGARIAS POUPE MAIS LTDA EPP	DEFERIDO

EDITAL Nº 459/2020 23/10/2020

	REQUERENTE	DESPACHO
)	JOMIL ALIMENTOS LTDA ME	DEFERIDO
)	LARILIMP INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA ME	DEFERIDO
)	PREFEITURA DE GUARULHOS - CER II - CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL DE GUARULHOS	DEFERIDO
)	SODEXO DO BRASIL COMERCIAL SA	DEFERIDO
)	SODEXO DO BRASIL COMERCIAL SA	DEFERIDO
)	SODEXO DO BRASIL COMERCIAL SA	DEFERIDO
)	SODEXO DO BRASIL COMERCIAL SA	DEFERIDO
)	SODEXO DO BRASIL COMERCIAL SA	DEFERIDO

55.513/15	44.398/17	UNIMED DE GUARULHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	D
		LEIA-SE:	
55513/2015	44398/2018	UNIMED DE GUARULHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	D
		RETIFICAMOS A PUBLICAÇÃO nº 439/2020 DO DIÁRIO OFICIAL NR. 132/2020 PAG. 5 - DIA 20/10/2020	
		ONDE SE LÊ:	
36.318/19	13.886/20	DROGA EX LTDA	D
		LEIA-SE:	
36318/2019	13886/2020	DROGA EX LTDA	IN
		RETIFICAMOS A PUBLICAÇÃO nº 442/2020 DO DIÁRIO OFICIAL NR. 132/2020 PAG. 6 - DIA 20/10/2020	
		ONDE SE LÊ:	
15.644/08	14.010/20	SOFAPE S A	D
		LEIA-SE:	
15644/2008	14017/2020	SOFAPE FABRICANTE DE FILTROS LTDA	D
		RETIFICAMOS A PUBLICAÇÃO nº 446/2020 DO DIÁRIO OFICIAL NR. 132/2020 PAG. 6 - DIA 20/10/2020	
		ONDE SE LÊ:	
31.693/15	14.478/20	CONDOMINIO CIVIL VOLUNTARIO DO PARQUE SHOPPING LTDA	D
		LEIA-SE:	
31693/2015	14478/2020	CONDOMINIO CIVIL VOLUNTARIO DO PARQUE SHOPPING MAIA	D
		RETIFICAMOS A PUBLICAÇÃO nº 449/2020 DO DIÁRIO OFICIAL NR. 132/2020 PAG. 6 - DIA 20/10/2020	
		ONDE SE LÊ:	
18463/2019	18463/2020	UNIDADE BASICA DE SAUDE TABOAO Prorrogação da NP 37272, prorrogação ate 08/06/2020	D
		LEIA-SE:	
18463/2019	7459/2020	UNIDADE BASICA DE SAUDE TABOAO Prorrogação da NP 37272, prorrogação ate 08/06/2020	D
		RETIFICAMOS A PUBLICAÇÃO nº 450/2020 DO DIÁRIO OFICIAL NR. 132/2020 PAG. 6 - DIA 20/10/2020	
		ONDE SE LÊ:	
10681/2009	42756/2019	FARMACIA CENTRAL ERVAS LTDA ME	D
		LEIA-SE:	
10681/2009	42756/2019	PHARMA NUTRI EIRELLI - EPP	D
		RETIFICAMOS A PUBLICAÇÃO nº 266/2020 DO DIÁRIO OFICIAL NR. 73/2020 PAG. 6 - DIA 22/05/2020	
		ONDE SE LÊ:	
77336/2019		CONGREGACAO DAS FILHAS DE NOSSA SENHORA STELLA MARIS Recurso de AIPM 27514	IN
		TORNAR SEM EFEITO	

EDITAL Nº 463/2020 28/10/2020

PA	OA.	REQUERENTE	D
21454/2002	14470/2020	VANDERLEI SANT ANA DE CASTRO	D
8395/2003	14851/2020	MAURO MENIGAR	D
16512/2016	15222/2020	JOSE ROBERTO MOURA	D
14806/2014	41815/2015	GREICY MORAIS SIMOES	D
29237/2014	16990/2017	GABRIELA SILVEIRA LIMA DE OLIVEIRA ME	D
32886/2020	*	EDITORA FTD SA	D
34723/2020	*	PAULA CINTIA DEL NERO MARTINS ALVES	D

EDITAL Nº 464/2020 28/10/2020

PA	OA.	REQUERENTE	D
26722/2003	12771/2020	DROGARIA PONTE ALTA LTDA ME	D
26722/2003	15672/2020	DROGARIA PONTE ALTA LTDA ME	D
26722/2003	15675/2020	DROGARIA PONTE ALTA LTDA ME	D
59130/2015	14244/2020	RAIA DROGASIL SA	D
55508/2015	57516/2016	UNIMED DE GUARULHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	IN
55508/2015	57515/2016	UNIMED DE GUARULHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	D
55508/2015	28534/2018	UNIMED DE GUARULHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	D
52258/2019	15268/2020	APETIT SERVICOS DE ALIMENTACAO LTDA	D
52258/2019	15448/2020	APETIT SERVICOS DE ALIMENTACAO LTDA	D
57254/2019	11473/2020	STOCK TECH SA ARMAZENS GERAIS	D
57254/2019	11475/2020	STOCK TECH SA ARMAZENS GERAIS	D
33245/2020	*	GATI SERVICOS MEDICOS LTDA	D

EDITAL Nº 465/2020 28/10/2020

PA	OA.	REQUERENTE	D
3273/2008	12893/2018	HILDA OKAMURA	D
3273/2008	12899/2018	HILDA OKAMURA	D
3273/2008	12895/2018	HILDA OKAMURA	D
6812/2009	12278/2019	LESLIE & CHRISSIE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA EPP	D
20770/2018	*	HILDA OKAMURA	D
47826/2018	47438/2019	CLINICA ESCOLA DE SAUDE UNINASSAU LTDA	D
27472/2020	*	UNIMED DE GUARULHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	D

EDITAL Nº 466/2020 28/10/2020

PA	OA.	REQUERENTE	D
15075/2008	14763/2020	LEPE INDUSTRIA E COMERCIO LTDA	D
19234/2016	29102/2019	EXPRESSO FIEL LTDA EPP	D
19234/2016	12480/2020	EXPRESSO FIEL LTDA EPP	D
24316/2016	12489/2020	DROGARIA CAMPEA POPULAR C COSTA LTDA	D
8698/2017	13232/2020	FARMA POUPA MAIS LTDA ME	D
5781/2019	9928/2020	DROGARIA FAM FARMA LTDA	D
5781/2019	12485/2020	DROGARIA FAM FARMA LTDA	D
5781/2019	9682/2020	DROGARIA FAM FARMA LTDA	D

EDITAL Nº 467/2020 28/10/2020

PA	OA.	REQUERENTE	D
55946/2018	12358/2020	VTC OPERADORA LOGISTICA LTDA	D
55947/2018	12355/2020	VTC OPERADORA LOGISTICA LTDA	D
55947/2018	12565/2020	VTC OPERADORA LOGISTICA LTDA	IN
55949/2018	11150/2020	VTC OPERADORA LOGISTICA LTDA	D
55949/2018	11202/2020	VTC OPERADORA LOGISTICA LTDA	D
55949/2018	12330/2020	VTC OPERADORA LOGISTICA LTDA	D

Prefeitura Municipal de Itariri
Estado de São Paulo
a Nossa Senhora do Monte Serrat, 133 – centro - Itariri /SP - CEP: 11.760-000
Telefax: (13) 3418-7300
Site: www.itariri.sp.gov.br E mail: prefeitura@itariri.sp.gov.br

DECRETO Nº. 1.822/2021 DE 10 DE DEZEMBRO DE 2021.

"Qualifica como Organização Social a entidade SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA".

DINAMERICO GONÇALVES PERONI, Prefeito Municipal de Itariri, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei e

DECRETA:

Art. 1º - É qualificada como organização social a Entidade SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA, com sede na Rua Sebastião Dias, s/nº., Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA., portadora do CNPJ/MF sob o nº. 13.824.560/0001-02, conforme documentação juntada no Processo Administrativo nº. 1.767/2021.

Art. 2º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogam-se as disposições em contrário.

Itariri, 10 de dezembro de 2021.

DINAMERICO GONÇALVES PERONI
Prefeito Municipal

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Avenida Anchieta, nº 200 - Bairro Centro - CEP 13015-904 - Campinas - SP - www.campinas.sp.gov.br
Paço Municipal - 6º andar

PMC/PMC-SMA-GAB

CERTIDÃO

Campinas, 08 de setembro de 2022.

CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO PROVISÓRIA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Nos termos do disposto no §2º, do artigo 2º da Lei Complementar nº 101/15, alterada pela Lei Complementar nº 117/15, CERTIFICO que a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA foi qualificada provisoriamente como Organização Social no Município de Campinas/SP.

Documento assinado eletronicamente por **MARIA EMILIA DE ARRUDA FACCIONI**, **Secretario(a) Municipal**, em 08/09/2022, às 17:12, conforme art. 10 do Decreto 18.702 de 13 de abril de 2015.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.campinas.sp.gov.br/verifica informando o código verificador **6427054** e o código CRC **5378B660**.

Propostas dos itens 01 a 34: das 08h do dia 29/09/22 às 08h30min do dia 30/09/22 -**Abertura das Propostas dos itens 01 a 34**: a partir das 08h30min do dia 30/09/22 -**Início da Disputa de Preços**: a partir das 09h30min do dia 30/09/22 -**Disponibilidade do Edital**: a partir de 16/09/22, no portal eletrônico www.licitacoes-e.com.br. Esclarecimentos adicionais com a Pregoeira Ana Carolina Silva pelo telefone (19) 2116-0145.

Campinas, 09 de setembro de 2022

RAPHAEL BERNARDES PEIXOTO DOS SANTOS

Diretor do Departamento Central de Compras

EXPEDIENTE DESPACHADO PELA SENHORA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

AUTORIZAÇÃO DE REAJUSTE E DESPESA

Processo Administrativo: PMC.2020.00025219-73
Interessado: Secretaria Municipal de Administração
Assunto: Pregão nº 176/2020 - Eletrônico
Objeto: Contratação de empresa para prestação de serviços de publicidade legal de avisos, contendo os resumos dos editais de licitação em todas as modalidades, em periódico de grande circulação no Estado de São Paulo.
Termo de Contrato nº 107/2020 e Termos de Aditamento nº 086/2021, 111/2021 e 112/22
Em face dos elementos constantes no presente processo administrativo, em especial da manifestação da Departamento Administrativo - documento SEI nº 6392039 e do parecer jurídico do Senhor Procurador do Município atuante nesta Secretaria de Administração - documento SEI nº6426728, **AUTORIZO**, com fulcro no artigo 8º, inciso VI do Decreto Municipal nº 21.874/21:
1. o reajuste contratual no percentual de 10,73%, com vigência a partir de 26/08/2022, nos termos da manifestação técnica do Senhor Economista - documento SEI nº 6273254.
2. a despesa correspondente no valor total de R$ 6.780,02 (seis mil, setecentos e oitenta reais e dois centavos), em favor da empresa **GIBBOR BRASIL PUBLICIDADE E PROPAGANDA EIRELI**, inscrita no CNPJ sob nº 08.329.433/0001-05,Termo de Contrato nº 107/2020, devendo onerar dotação orçamentária do presente exercício o valor de R$ 3.637,47 (três mil, seiscentos e trinta e sete reais e quarenta e sete centavos) e o restante onerar dotação do exercício subsequente.
Publique-se na forma da lei. Encaminhe-se à Procuradoria-Geral do Município - Núcleo de Formalização de Ajustes, para as devidas providências. Em seguida, ao Departamento Administrativo desta Secretaria para prosseguimento.

Campinas, 09 de setembro de 2022

MARIA EMILIA DE ARRUDA FACCIONI

Secretária Municipal de Administração

AVISO DE LICITAÇÃO

(COM ITENS DE AMPLA PARTICIPAÇÃO E ITENS EXCLUSIVOS PARA ME/EPP/COOP)

Pregão nº 287/2022-Eletrônico-Processo Administrativo:PMC.2022.00022075-19 **-Interessado**: Secretaria Municipal de Educação -**Objeto**: Fornecimento parcelado de carne bovina, corte patinho em cubos e moída, filé de peito de frango (sassami), congelados e ovo integral pasteurizado -**Recebimento das Propostas dos itens 01 e 08**: das 08h do dia 26/09/22 às 13h30min do dia 26/09/22 -**Abertura das Propostas dos itens 01 a 08**: a partir das 13h30min do dia 26/09/22 -**Início da Disputa de Preços**: a partir das 14h do dia 26/09/22 -**Disponibilidade do Edital**: a partir de 13/09/22, no portal eletrônico www.licitacoes-e.com.br. Esclarecimentos adicionais com a Pregoeira Thaís Oliveira pelo telefone (19) 2116-0916.

Campinas, 09 de setembro de 2022

RAPHAEL BERNARDES PEIXOTO DOS SANTOS

Diretor do Departamento Central de Compras

EXPEDIENTE DESPACHADO PELA SRA. SECRETÁRIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO PROVISÓRIA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Nos termos do disposto no §2º, do artigo 2º da Lei Complementar nº 101/15, alterada pela Lei Complementar nº 117/15, CERTIFICO que a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA foi qualificada provisoriamente como Organização Social no Município de Campinas/SP.

Campinas, 08 de setembro de 2022

MARIA EMILIA DE ARRUDA FACCIONI

Secretária Municipal de Administração

AVISO DE LICITAÇÃO

Pregão nº 307/2022-Eletrônico-Processo Administrativo: PMC.2022.00010313-44 **-Interessado**: Secretaria Municipal de Saúde -**Objeto**:Aquisição de mobiliário, biombo e lixeira, incluindo a instalação- **Recebimento das Propostas dos lotes 01 a 08**: das 08h do dia 28/09/22 às 14h do dia 28/09/22 -**Abertura das Propostas dos lotes 01 a 08**: a partir das 14h do dia 28/09/22 -**Início da Disputa de Preços**: a partir das 14h30min do dia 28/09/22 -**Disponibilidade do Edital**: a partir de 14/09/22, no portal eletrônico www.licitacoes-e.com.br. Esclarecimentos adicionais com a Pregoeira Ana Carolina Silva pelo telefone (19) 2116-0145.

Campinas, 09 de setembro de 2022

RAPHAEL BERNARDES PEIXOTO DOS SANTOS

Diretor do Departamento Central de Compras

ÁREA DE ISENÇÃO E NÃO INCIDÊNCIA TRIBUTÁRIAS AINIT/DRI

NOTIFICAÇÃO FISCAL

Protocolado: PMC.2022.00017712-08
Interessado: Hamilton Empreendimentos Imobiliários Ltda
Procurador: Graziela Cristina Cotrin Loro
Código Cartográfico: 3241.53.50.0125.01001
Assunto: Não Incidência IPTU - Uso Rural
Notifica-se o interessado acima identificado, nos termos dos artigos 21, inciso IV, 22 e 29, da Lei Municipal nº 13.104/07, para que, no prazo de 20 (vinte) dias contados a partir da publicação desta, apresente os documentos a seguir discriminados, nos termos do disposto nos artigos 13, 21 a 23, 63 §§ 1º e 2º da Lei Municipal nº 13.104/2007, c/c as Instruções Normativas SMF nº 05 e 07/2017:
a) cópia das notas fiscais emitidas nos exercícios de 2020, 2021 e 2022 referentes a compra de insumos, equipamentos, implementos, peças de reposição e similares, aplicados na atividade rural desenvolvida no imóvel acima identificado;
b) discriminação do valor total da produção resultante da atividade rural transacionada no mesmo período, em reais (R$), e apresentação das respectivas notas fiscais emitidas que comprovem tal valor;
c) documentação que comprove a contabilização das receitas da atividade rural: Livro Razão, Diário, Balancetes, Balanço, Demonstrativo de Resultados e Plano de Contas, subscritos por contador responsável;
d) croqui do imóvel, contendo indicação das atividades desenvolvidas em cada parte do imóvel com respectiva indicação das dimensões, em metros quadrados, das áreas destinadas à atividade rural;
e) certidão de inscrição no Cadastro de Contribuintes do ICMS, conforme Portaria CAT 14/2006 da Secretaria de Fazenda do Estado de São Paulo, onde conste como titular o proprietário ou o eventual arrendatário/comodatário do imóvel;
f) cópias das GIA - Guia de Informação e Apuração do ICMS, ou fichas DIPAM-A - Declaração para Índice de Participação dos Municípios, ou DS - Declaração Mensal do SIMPLES acompanhadas da ficha DIPAM-A, emitidas pelo proprietário/arrendatário/comodatário do imóvel no período considerado, conforme artigos 3º e 4º da Portaria CAT 12, de 05/02/2019, da Secretaria de Fazenda do Estado de São Paulo, e Lei Complementar Federal 123/2006.
Local para apresentação dos documentos digitalizados em pendrive, mediante agendamento prévio: Prefeitura Municipal de Campinas, situada na Avenida Anchieta, nº. 200 - Porta Aberta - Andar térreo, com solicitação de juntada ao protocolo PMC.2022.00017712-08.
Alternativamente, os documentos poderão ser enviados para o endereço de e-mail: sei.dri@campinas.sp.gov.br, com solicitação de juntada ao protocolo PMC.2022.00017712-08, observando o disposto na Instrução Normativa SMF nº 01/2020, de 17 de abril de 2020.
O não atendimento a esta notificação, no prazo estabelecido, implicará no não conhecimento do pedido e posterior arquivamento ou indeferimento do processo, nos moldes do Art. 63, § 2o da Lei Municipal 13.104/2007.

Campinas, 09 de setembro de 2022

ILTON OLIVEIRA SILVA

Auditor Fiscal Tributário Municipal

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, PESSOA COM DEFICIÊNCIA E DIREITOS HUMANOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, PESSOA COM DEFICIÊNCIA E DIREITOS HUMANOS

DESPACHO AUTORIZATIVO - EMENDA PARLAMENTAR - TERMO DE COLABORAÇÃO

Expediente despachado pela Sra. Secretária Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos em 09/09/2022

PROCESSO SEI n.º PMC.2022.00049852-09
INTERESSADO: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE CAMPINEIRA
ASSUNTO: Emenda Parlamentar - Termo de Colaboração
Diante do conteúdo e informações existentes neste processo administrativo, tendo em vista a destinação de Emenda 15270003 encaminhada pela Secretaria Estadual de Assistência Social - SEDS nos autos do processo administrativo eletrônico SEI nº PMC.2022.00049852-09, para custeio, vinculado à execução de Serviço de Assistência Social tendo como beneficiário a Associação Beneficente Campineira, tratando-se de hipótese da exceção ao chamamento público, em virtude da aplicação expressa do Art. 29 da Lei Federal n.º 13.019/2014 e suas alterações.
E, tendo em vista o parecer favorável do Conselho Municipal de Assistência Social, o cumprimento das demais disposições previstas na espécie, inclusive parecer da Procuradoria de Assessoria Especializada - Núcleo de Assistência Social (Art. 35, VI, da Lei Federal n.º 13.019/2014 e suas alterações) que opinou pela inexistência de óbices jurídicos ao pretendido repasse com ressalvas, devidamente acolhido pelo Procurador Chefe da Procuradoria de Licitações e Contratos, pelo Procurador Geral do Município e Secretário Municipal de Justiça e tendo sido atendidas as ressalvas, AUTORIZO, com fundamento no art. 8º, IV e V do Decreto Municipal n.º 21.874/2021, a celebração do Termo de Colaboração entre o Município de Campinas, representado pela Secretaria Municipal de Assistência Social Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos e a Associação Beneficente Campineira, inscrito no CNPJ n.º 46.044.780/0001-72, com vigência de 12 (doze) meses, com início a contar da data de publicação do seu extrato, para a execução do Serviço de Proteção Social Básica - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: para Crianças e Adolescentes de 06 a 14 anos, bem como a consequente despesa de R$ 100.000,00 (cem mil reais), atendendo as recomendações contidas naquele parecer.
Publique-se.
Após, ao Núcleo de Formalização de Ajustes da Procuradoria de Licitações e Contratos da Procuradoria Geral do Município para a formalização do termo próprio e publicação do extrato.

PROCESSO SEI n.º PMC.2022.00045778-52
INTERESSADO: CENTRO SOCIAL BERTONI
ASSUNTO: Emenda Parlamentar - Termo de Colaboração
Diante do conteúdo e informações existentes neste processo administrativo, tendo em vista a destinação de Emenda 2022.076.36272 encaminhada pela Secretaria Estadual de Assistência Social - SEDS nos autos do processo administrativo eletrônico SEI nº PMC.2022.00045778-52, para aquisição de veículo, vinculado à execução de Serviço de Assistência Social tendo como beneficiário o Centro Social Bertoni, tratando-se de hipótese da exceção ao chamamento público, em virtude da aplicação expressa do Art. 29 da Lei Federal n.º 13.019/2014 e suas alterações.
E, tendo em vista o parecer favorável do Conselho Municipal de Assistência Social, o cumprimento das demais disposições previstas na espécie, inclusive parecer da Procuradoria de Assessoria Especializada - Núcleo de Assistência Social (Art. 35, VI, da Lei Federal n.º 13.019/2014 e suas alterações) que opinou pela inexistência de óbices jurídicos ao pretendido repasse com ressalvas, devidamente acolhido pelo Procurador Chefe da Procuradoria de Licitações e Contratos, pelo Procurador Geral do Município e Secretário Municipal de Justiça e tendo sido atendidas as ressalvas, AUTORIZO, com fundamento no art. 8º, IV e V do Decreto Municipal n.º 21.874/2021, a celebração do Termo de Colaboração entre o Município de Campinas, representado pela Secretaria Municipal de Assistência Social Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos e o Centro Social Bertoni, inscrito no CNPJ n.º 51.912.038/0001-71, com vigência de 12 (doze) meses, com início a contar da data de publicação do seu extrato, para a execução do Serviço de Proteção Social Básica - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de 06 a 14 anos, bem como a consequente despesa de R$ 85.000,00 (oitenta e cinco mil reais), atendendo as recomendações contidas naquele parecer.
Publique-se.
Após, ao Núcleo de Formalização de Ajustes da Procuradoria de Licitações e Contratos da Procuradoria Geral do Município para a formalização do termo próprio e publicação do extrato.

PODER EXECUTIVO

Gabinete do Prefeito

DECRETO Nº 73, DE 22 DE MARÇO DE 2022.

"Declara qualificada como ORGANIZAÇÃO SOCIAL na área da saúde, no âmbito do Município de Salto".

LAERTE SONSIN JÚNIOR, Prefeito da Estância Turística de Salto, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei,

CONSIDERANDO os termos da Lei Federal nº 9.637/98, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e que tal legislação determina em seu artigo 1º que o Poder Executivo poderá qualificar como Organizações Sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos ali previstos;

CONSIDERANDO as disposições da Lei Municipal nº 2.632/2005, que estabelece requisitos e procedimentos para a qualificação de entidades como Organizações Sociais, no âmbito do Município da Estância Turística de Salto;

CONSIDERANDO a tramitação do Chamamento Público nº 001/2022, Processo Administrativo nº 463/2022, tendo como objeto a qualificação como Organização Social, de pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam relacionadas com a área da saúde, no âmbito do município de Salto/SP, para a específica finalidade e futura celebração de contrato de gestão para o gerenciamento do Hospital e Maternidade Municipal Nossa Senhora do Monte Serrat e Ambulatório Médico de Especialidades – AME Salto, atendendo aos requisitos legais;

DECRETA:

Art. 1º - Ficam qualificadas como Organização Social, nos termos do disposto na Lei Municipal nº 2.632/2005, as entidades privadas sem fins lucrativos abaixo:

ORGANIZAÇÃO SOCIAL	CNPJ
Associação de Benemerência Senhor Bom Jesus	52.941.614/0001-71
Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – AHBB	45.349.461/0001-02
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	21.583.042/0001-72
INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde	09.268.215/0001-62
INTS - Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	11.344.038/0001-06
Instituto de Apoio ao Desenvolvimento da Vida Humana – IADVH	21.843.341/0001-07
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS	24.006.302/0004-88
Instituto de Gestão do Estado de São Paulo – IGESP	17.302.047/0001-02
Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória – INSV	13.824.560/0001-02
Instituto Elisedape	24.342.283/0001-18
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH	23.453.830/0001-70

Art. 2º - As despesas decorrentes da execução deste Decreto correrão por conta de dotação orçamentária própria, consignada no orçamento vigente.

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

ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO, ESTADO DE SÃO PAULO.

Aos, 22 de março de 2022 – 323º da Fundação

LAERTE SONSIN JÚNIOR

Prefeito Municipal

MÁRCIO CONRADO

Secretário Municipal de Saúde

ARILDO GUADAGNINI

Secretário Municipal de Governo

Registrado no Gabinete do Prefeito e publicado no Diário Oficial Eletrônico do Município

www.LeisMunicipais.com.br

DECRETO Nº 73, DE 22 DE MARÇO DE 2022.

"Declara qualificada como ORGANIZAÇÃO SOCIAL na área da saúde, no âmbito do Município de Salto".

LAERTE SONSIN JÚNIOR, Prefeito da Estância Turística de Salto, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei;

CONSIDERANDO os termos da Lei Federal nº 9.637/98, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e que tal legislação determina em seu artigo 1º que o Poder Executivo poderá qualificar como Organizações Sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos ali previstos;

CONSIDERANDO as disposições da Lei Municipal nº 2.632/2005, que estabelece requisitos e procedimentos para a qualificação de entidades como Organizações Sociais, no âmbito do Município da Estância Turística de Salto;

CONSIDERANDO a tramitação do Chamamento Público nº 001/2022, Processo Administrativo nº 463/2022, tendo como objeto a qualificação como Organização Social, de pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam relacionadas com a área da saúde, no âmbito do município de Salto/SP, para a específica finalidade e futura celebração de contrato de gestão para o gerenciamento do Hospital e Maternidade Municipal Nossa Senhora do Monte Serrat e Ambulatório Médico de Especialidades - AME Salto, atendendo aos requisitos legais, DECRETA:

Art. 1º Ficam qualificadas como Organização Social, nos termos do disposto na Lei Municipal nº 2.632/2005, as entidades privadas sem fins lucrativos abaixo:

ORGANIZAÇÃO SOCIAL	CNPJ
Associação de Benemerência Senhor Bom Jesus	52.941.614/0001-71
Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB	45.349.461/0001-02
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	21.583.042/0001-72
INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde	09.268.215/0001-62
INTS - Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	11.344.038/0001-06
Instituto de Apoio ao Desenvolvimento da Vida Humana - IADVH	21.843.341/0001-07
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS	24.006.302/0004-88
Instituto de Gestão do Estado de São Paulo - IGESP	17.302.047/0001-02
Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória - INSV	13.824.560/0001-02
Instituto Elisedape	24.342.283/0001-18
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH	23.453.830/0001-70

Art. 2º As despesas decorrentes da execução deste Decreto correrão por conta de dotação orçamentária própria, consignada no orçamento vigente.

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

ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO, ESTADO DE SÃO PAULO.
Aos, 22 de março de 2022 - 323º da Fundação

LAERTE SONSIN JÚNIOR
Prefeito Municipal

MÁRCIO CONRADO ARILDO GUADAGNINI
Secretário Municipal de Saúde Secretário Municipal de Governo

Registrado no Gabinete do Prefeito e publicado no Diário Oficial Eletrônico do Município

Nota: Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial.

Data de Inserção no Sistema LeisMunicipais: 23/03/2022

PREFEITURA DE SÃO PAULO
GESTÃO

NÚMERO:39176	DATA DA EMISSÃO:14/04/2021

RAZÃO SOCIAL:SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS

ENDEREÇO:RUA SEBASTIAO DIAS nº 1 - CAMPINHOS

CIDADE:Santo Amaro ESTADO:BA CEP:44200-000

CNPJ: 13824560000102

Atendidos os requisitos legais, fica a organização sem fins lucrativos acima qualificada como Organização Social - O.S. no Município de São Paulo, nos termos da Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006 e alterações e do Decreto nº 52.858, de 20 de dezembro de 2011, para desenvolver atividades dirigidas à área de Saúde conforme despacho publicado no D.O.C. de 14/04/2021, P.A. nº 6013.2020000/52058

Fabricio Cobra Arbex
Secretaria Municipal de Gestão

Prefeitura Municipal de Taubaté

Estado de São Paulo

PROCESSO Nº 9.474/2021

Requerente: Departamento de Compras.

Resultado da análise dos Pedidos de Qualificação das Organizações Sociais

Após análise de toda a documentação apresentada nos autos administrativos Nº 9.474/2021, que conta com o pedido de qualificação de entidades sem finalidades lucrativas como Organizações Sociais, nos termos do que estabelece a Lei Municipal Nº 4.752, de 17 de abril de 2013 e, após a publicação do Chamamento de Qualificação Nº 03/2021, esta Comissão entendeu por qualificar as entidades abaixo relacionadas, por terem preenchido todos os requisitos estabelecidos na legislação municipal, a saber:

Deferimento da Qualificação:

1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CHAVANTES – CNPJ Nº 73.027.690/0001-46;
2. INSTITUTO ESPERANÇA E VIDA – CNPJ Nº 24.386.755/0001-34;
3. INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS – CNPJ Nº 11.649.946/0001-08;
4. ASSOCIAÇÃO FILANTRÓPICA NOVA ESPERANÇA – CNPJ Nº 06.058.863/0002-87;
5. INSTITUTO ESPERANÇA – CNPJ Nº 10.779.749/0001-32.
6. ACENI – INSTITUTO DE ATENÇÃO A SAÚDE E EDUCAÇÃO – CNPJ Nº 01.476.404/0001-19
7. SOCIEDADE BENEFICENTE CAMINHO DE DAMASCO – CNPJ Nº 48.211.585/0001-15
8. INSTITUTO BOM JESUS – CNPJ Nº 06.339.994/0001-51
9. INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CNPJ Nº 09.268.215/0001-62
10. UNIÃO PELA BENEFICÊNCIA COMUNITARIA E SAÚDE - CNPJ 06.254.154/0001-96
11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA – IBGC – CNPJ 21.236.845/0001-50
12. INSTITUTO MULTI GESTÃO - CNPJ 15.482.841/0001-50
13. INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE - CNPJ 24.006.302/0004-88
14. ORGANIZAÇÃO CELLULA MATER - CNPJ 05.606.961/0001-68
15. INSV - INSTITUTO DE SAÚDE SENHORA DA VITÓRIA- CNPJ 13.824.560/0001-02

Da mesma análise, verificamos o não atendimento de alguns requisitos legais apresentados por algumas entidades, o que por si só justifica o indeferimento do seu pleito de qualificação. Abaixo segue individualmente o nome da entidade e os dispositivos não atendidos:

Indeferimento da Qualificação:

1. BENEFICÊNCIA HOSPITALAR CESÁRIO LANGE – CNPJ Nº 50.351.626/0001-10

a) artigo 2º, inciso I, alínea "d"; b) Art. 2º, inciso I, alínea "b"; c) art. 3º, inciso I, alínea "a"; d) Art. 3º, inciso I, alínea "b"; e) art. 3º, inciso III, todos da Lei Municipal nº 4752, de 17 de abril de 2013.

b) artigo 2º, alínea "b"; b) artigo 3º, inciso I, alínea "a" e "b", ambos do Decreto Municipal nº 13064, de 22 de julho de 2013.

2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO – CNPJ 47.708.771/0001-00.

a) artigo 3º, inciso V, da Lei 4.752, de 17 de abril de 2013.

b) artigo 3º, inciso IV do Decreto nº 13064, de 22 de julho de 2013.

3. AHBR ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DO BRASIL – CNPJ 06.087.219/0001-56.

a) artigo 2º, inciso I, alínea "b"; b) Art. 4º, inciso VII, ambos da Lei nº 4752, de 17 de abril de 2013.

b) artigo 2º, § 1º do Decreto Municipal nº 13064, de 22 de julho de 2013.

c) item 4.1.5 e item 4.1.1 "b" do edital de Chamamento de qualificação nº 03/21.

4. INSTITUTO JURÍDICO PARA EFETIVAÇÃO DA CIDADANIA E SAUDE - AVANTE SOCIAL – CNPJ nº 03.893.350/0001-12.

a) artigo 2º, I, "f"; b) art. 4º, IV, ambos da Lei nº 4752, de 17 de abril de 2013.

b) itens 4.1.1 e 4.1.2 do edital de chamamento de qualificação nº 03/21.

5. ORGANIZAÇÃO SOCIAL BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA A SAUDE E EDUCAÇÃO – ORGANIZAÇÃO MÃOS AMIGAS – CNPJ Nº 22.741.429/0001-72.

a) artigo 4º, inciso I da Lei nº 4752, de 17 de abril de 2013.

b) artigo 2º, §1º; b) art. 4º, inciso I, ambos do Decreto nº 13064, de 22 de julho de 2013.

6. INSTITUTO ROSA BRANCA – CNPJ Nº 10.962.062/0001-38.

a) artigo 3º, inciso I, alíneas "b" e "c" da Lei Municipal nº 4752, de 17 de abril de 2013.

b) artigo 2º, § 1º do Decreto Municipal nº 13064, de 22 de julho de 2013.

c) itens 4.1.1; 4.1.1 "c"; 4.1.2 e 4.1.3 do Edital de Chamamento de qualificação nº 03/21.

7. IADVH – INSTITUTO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO DA VIDA HUMANA – CNPJ Nº 21.843.341/0001-07.

a) artigo 2º, §1º; b) art. 3º, alíneas "I", "b", ambos do Decreto nº 13064, de 22 de julho de 2013.

b) artigo 3º, inciso I, alínea "b" da Lei Municipal nº 4752, de 17 de abril de 2013.

c) Itens 4.1.1 e 4.1.6 do Edital de chamamento de qualificação nº 03/21.

8. INSTITUTO SOCRATES GUANAES – CNPJ 03.969.808/0008-46

a) artigo 2º, alíneas "b", "f"; b) art. 3º, inciso I, alíneas "a", "b", "c", "d", "e", todos da Lei Municipal nº 4752, de 17 de abril de 2013.

b) artigo 2º,§1 do Decreto Municipal nº 13064, de 22 de julho de 2013.

c) Item 4.1.1 "b", "f" e "c" - do Edital de chamamento de qualificação nº 03/21.

9. INSTITUTO MORGAN – CNPJ 10.733.807/0001-97.

a) artigo 2º, inciso I, alíneas "b"; b) art. 3º, inciso II e art. 4º, inciso IV, da Lei Municipal nº 4752, de 17 de abril de 2013.

b) artigo 2º, §1º do Decreto nº 13064, de 22 de julho de 2013.

10. INSTITUTO BRASIL FUTURO - CNPJ 01.102.642/0001-64

a) artigo 2º, inciso I, alíneas "b", "d"; b) art. 2º, alínea "a", "b"; c) art. 3º, inciso I, alíneas "a", "b", "c", "d", "e", todos da Lei Municipal nº 4752, de 17 de abril de 2013

b) artigo 2º, alínea "c",§1; b) art. 3º, inciso I, alíneas "a", "b", "d", II do Decreto nº 13064, de 22 de julho de 2013.

c) Itens 4.1.1, "d", "f", "i" e 4.1.3 do Edital de chamamento de qualificação nº 03/2021.

11. ORGANIZAÇÃO SOCIAL JOÃO MARCHESI - CNPJ 00.033.940/0002-68

a) artigo 2º, alínea "b"; b) art. 4º, incisos I e IV, todos da Lei Municipal nº 4752, de 17 de abril de 2013

b) artigo 2º §1, alínea "b"; b) art. 3º, incisos III, VII, Art. 4º, incisos I, IV do Decreto nº 13064, de 22 de julho de 2013.

c) Itens 4.1.1 e 4.1.1 "b" do Edital de chamamento de qualificação nº 03/21.

12. INSTITUTO EDUCACIONAL DOM SAÚDE - CNPJ 07.094.331/0001-87

a) artigo 2º,inciso I, alínea "b", "c", "f"; b) art. 2º inciso IV, alínea "a" e "b"; c) art. 3º, inciso I, alíneas "a", "b", "c", "d", "e"; d) art. 3º, incisos II, III, IV, V, VI, VII; e) art. 4º, incisos I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX e X, todos da Lei Municipal nº 4752, de 17 de abril de 2013

b) artigo 2º §1; b) art. 3, inciso I, alíneas "a", "b", "d", "e", II, III, IV, V, VI, VII; c) art. 4º, incisos I, II, III, IV, V, VI, do Decreto nº 13064, de 22 de julho de 2013.

c) Item 4.1.1 do Edital de chamamento de qualificação nº 03/21.

13. ORGANIZAÇÃO SOCIAL PRÓ-ATIVA CNPJ 67.669.861/0001-38

a) artigo 2º §1; b) art. 3, inciso I, alíneas "a", "b", "d", "e", II, III, IV, V, VI, VII; c) art. 4º, incisos I, II, III, IV, V, VI, do Decreto nº 13064, de 22 de julho de 2013.

b) Item 4.1.1 do Edital de chamamento de qualificação nº 03/21.

14. Organização Social A FÊNIX DO BRASIL - GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS CNPJ 64.029.101/0001-78

a) artigo 2º §1; b) art. 3, inciso I, alíneas "a", "b", "d", "e", II, III, IV, V, VI, VII; c) art. 4º, incisos I, II, III, IV, V, VI, do Decreto nº 13064, de 22 de julho de 2013.

b) Item 4.1.1 do Edital de chamamento de qualificação nº 03/2021.

15. Instituto de Gestão Administração e Pesquisa em Saúde - IGAPS CNPJ 06.879.414/0001-19

a) artigo 3º, inciso I, alíneas "a", "b", "c", "d", "e"; b) artigo 3º, incisos III, V, VIII, todos da Lei Municipal nº 4752, de 17 de abril de 2013.

b) artigo 3º, inciso I, alíneas "a", "b", "d", "e", incisos II e VI do Decreto nº 13.064, de 22 de julho de 2013.

Comissão de Gestão das Organizações Sociais.

Isabelle Rocha Couto de Campos

Antônio César Pimenta

Monique Vidal Neves de Castro

Marcos Antonio Nascimento e Silva

Jayme Rodrigues de Faria Neto

Samara Regina da Costa

Benedito André dos Santos

Fábio Henrique da Cruz

Isabel Cristina Pastorelli Teixeira

PREFEITURA MUNICIPAL DE VÁRZEA PAULISTA
ESTADO DE SÃO PAULO

- DECRETO Nº 6.216, DE 17 DE MARÇO DE 2022 -

Qualifica como Organização Social a "Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos – INVS – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória".

RODOLFO WILSON RODRIGUES BRAGA, Prefeito Municipal de Várzea Paulista, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, especialmente as que lhe são conferidas pelo art. 75, VI da Lei Municipal nº. 1.119/90,

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 5º do Decreto nº 6.142, de 13 de agosto de 2021;

CONSIDERANDO o pedido realizado através do Processo nº 1.882/2022 pela Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos – INVS – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória.

D E C R E T A:

PREFEITURA MUNICIPAL DE VÁRZEA PAULISTA
ESTADO DE SÃO PAULO

- DECRETO Nº 6.216, DE 17 DE MARÇO DE 2022 -

Art. 1º Fica qualificada como Organização Social o ***"Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos – INVS – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória"***, portadora do CNPJ nº 13.824.560/0001-02.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VÁRZEA PAULISTA, aos dezessete dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e dois.

Rodolfo Wilson Rodrigues Braga
Prefeito de Várzea Paulista

Fernando Aparecido Collange
Gestor Municipal de Saúde

Rodrigo Ribeiro
Gestor Municipal de Gestão Pública

Registrado e Publicado pela Secretaria Municipal de Planejamento e Inovação desta Prefeitura Municipal.

Imprensa Oficial

Órgão Oficial do Município de Várzea Paulista | Lei Complementar: 255 de 22 de dezembro de 2015

www.varzeapaulista.sp.gov.br/imprensaoficial | **Nº 580 - Ano XIII** | Várzea Paulista | Sexta-feira | 18 de Março de 2022

Índice

PODER EXECUTIVO....2
GABINETE DO PREFEITO....2
CONSELHOS E COLEGIADOS MUNICIPAIS....3
EDUCAÇÃO, CULTURA, ESP E LAZER....3
CULTURA....3
GESTÃO PÚBLICA....3
TRANSPORTE PÚBLICO E TRÂNSITO....4
PODER LEGISLATIVO....4
PLENÁRIO....4
GABINETE DE VEREADORES....8
FINANÇAS....8

Expediente

O conteúdo da Imprensa Oficial é de responsabilidade das Secretarias de Gestão Pública e

Comunicação da Prefeitura Municipal de Várzea Paulista.

Jornalista Responsável : Alexandre Rodrigues de Carvalho - 90.376-SP

Contato : imprensa.oficial@varzeapaulista.sp.gov.br

http://www.varzeapaulista.sp.gov.br/imprensaoficial

PODER EXECUTIVO

GABINETE DO PREFEITO

Decretos

DECRETO Nº 6.213

QUALIFICA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL A "ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB"

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 5º do Decreto nº 6.142, de 13 de agosto de 2021;

CONSIDERANDO o pedido realizado através do Processo nº 1.651/2022 pela Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB.

D E C R E T A:

Art. 1º Fica qualificada como Organização Social a "Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB", portador do CNPJ nº 45.349.461/0001-02.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

VÁRZEA PAULISTA, QUINTA-FEIRA, 17 DE MARÇO DE 2022

RODOLFO WILSON RODRIGUES BRAGA
PREFEITO DE VÁRZEA PAULISTA

DECRETO Nº 6.214

QUALIFICA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL O "INSTITUTO ELISEDAPE"

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 5º do Decreto nº 6.142, de 13 de agosto de 2021;

CONSIDERANDO o pedido realizado através do Processo nº 2.145/2022 pelo Instituto Elisedape.

D E C R E T A:

Art. 1º Fica qualificada como Organização Social o "Instituto Elisedape", portador do CNPJ nº 24.342.283/0001-18.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

VÁRZEA PAULISTA, QUINTA-FEIRA, 17 DE MARÇO DE 2022

RODOLFO WILSON RODRIGUES BRAGA
PREFEITO DE VÁRZEA PAULISTA

DECRETO Nº 6.215

QUALIFICA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL O " INSTITUTO DE ESPECIALIDADES CONCEITO

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 5º do Decreto nº 6.142, de 13 de agosto de 2021;

CONSIDERANDO o pedido realizado através do Processo nº 1.573/2022 pelo Instituto de Especialidades Conceito.

D E C R E T A:

Art. 1º Fica qualificada como Organização Social o "Instituto de Especialidades Conceito", portador do CNPJ nº 04.992.734/0001-55.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

VÁRZEA PAULISTA, QUINTA-FEIRA, 17 DE MARÇO DE 2022

RODOLFO WILSON RODRIGUES BRAGA
PREFEITO DE VÁRZEA PAULISTA

DECRETO Nº 6.216

QUALIFICA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL A "SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INVS – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA"

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 5º do Decreto nº 6.142, de 13 de agosto de 2021;

CONSIDERANDO o pedido realizado através do Processo nº 1.882/2022 pela Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos – INVS – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória.

D E C R E T A:

Art. 1º Fica qualificada como Organização Social o "Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos – INVS – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória", portadora do CNPJ nº 13.824.560/0001-02.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

VÁRZEA PAULISTA, QUINTA-FEIRA, 17 DE MARÇO DE 2022

RODOLFO WILSON RODRIGUES BRAGA
PREFEITO DE VÁRZEA PAULISTA

DECRETO Nº 6.217

DISPÕE SOBRE A FLEXIBILIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO À COVID-19, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE VÁRZEA PAULISTA

Considerando a flexibilização do Governo do Estado de São Paulo para o uso de máscaras de proteção facial, nos termos do Decreto Estadual nº66.575, de 17 de março de 2022;

Considerando a contínua melhora em todos os indicadores epidemiológicos de monitoramento da evolução na pandemia de COVID-19, no Município de Várzea Paulista;

Considerando o alcance da vacinação em praticamente 81% (oitenta e um por cento) da população varzina.

D E C R E T A:

Art. 1º O uso de máscaras deixa de ser obrigatório em locais abertos e fechados, exceto:

I. Locais destinados à prestação de serviços de saúde;

II. Meios de transporte coletivo de passageiros e respectivos locais de acesso, embarque e desembarque

Art. 2º As servidoras gestantes totalmente imunizadas, deverão retornar ao trabalho presencial.

Parágrafo único. A modalidade de teletrabalho será adotada, excepcionalmente, para execução integral da jornada pelas servidoras gestantes que ainda não tenham sido totalmente

SEI-150040/000149/2021	SEI-160150/002564/2020	E-12/061/001720/2017
SEI-150094/000035/2021	SEI-150159/003078/2021	SEI-150142/000753/2021
SEI-150112/000111/2021	SEI-150030/000663/2021	E-12/061/002181/2017
SEI-150142/001267/2021	E-16/021/001634/2019	E-12/015/000538/2017
SEI-150159/001715/2021	SEI-150098/000226/2021	E-12/061/006288/2017
SEI-150061/000001/2021	SEI-150159/002399/2021	E-12/037/000153/2018
SEI-150112/000161/2021	SEI-150136/000128/2021	E-12/061/000602/2018
SEI-160150/001427/2020	SEI-150142/000645/2021	E-12/061/002435/2018
SEI-150144/000450/2021	E-12/061/005680/2016	E-12/034/000124/2017
SEI-150148/000073/2021	SEI-150072/000089/2021	SEI-150030/000363/2021
SEI-150159/003184/2021	SEI-150142/000368/2021	E-12/061/2852/2018
SEI-150036/000306/2021	SEI-160192/003422/2020	E-12/061/005121/2016
SEI-150032/000013/2021	SEI-150069/000097/2021	E-12/165/000077/2017
SEI-150050/000200/2021	SEI-150159/002391/2021	E-12/061/2362/2018
SEI-150053/000171/2021	SEI-150142/000908/2021	E-12/061/001180/2018
SEI-150136/000196/2021	SEI-150142/000663/2021	E-12/061/9468/2014
SEI-150137/000018/2021	E-16/029/000869/2019	E-12/061/007648/2017
SEI-150063/000125/2020	SEI-150070/000011/2021	E-12/061/7423/2017
SEI-150044/000070/2021	SEI-150081/000001/2021	E-12/036/38/2017
SEI-150148/000078/2021	SEI-150130/000001/2020	E-12/061/001959/2018
SEI-150142/000865/2021	SEI-150029/000986/2021	E-12/061/002179/2017
SEI-160182/000131/2020	SEI-150112/000112/2021	E-12/018/469/2016
SEI-150142/000637/2021	SEI-150054/000279/2021	E-12/061/000238/2018
SEI-150136/000104/2021	E-12/061/104484/2018	E-12/061/1719/2017
SEI-150037/000353/2021	SEI-150064/005647/2021	E-12/061/012243/2014
SEI-160192/001245/2020	SEI-150032/000573/2021	E-12/016/000568/2017
SEI-150054/000243/2021	SEI-150142/000897/2021	E-12/061/001737/2018
SEI-150071/000140/2021	SEI-160186/001043/2020	E-12/061/000357/2018
SEI-150037/000354/2021	SEI-150063/001212/2021	E-12/061/003730/2014
SEI-150159/003328/2021	SEI-150032/000366/2021	E-12/061/002946/2014
SEI-150141/000069/2021	SEI-150062/000755/2021	E-12/061/001903/2015
SEI-150142/000866/2021	E-12/061/1936/2015	E-12/028/000459/2016
SEI-150028/000464/2021	SEI-150072/000102/2021	E-12/061/002425/2015
SEI-150068/000683/2021	SEI-150056/000179/2021	E-12/061/100063/2018
SEI-150155/000244/2021	SEI-150148/000117/2021	E-12/061/100050/2018
SEI-150072/000074/2021	SEI-150074/000009/2021	E-12/061/001149/2015
SEI-150034/000292/2021	SEI-150056/000328/2021	E-12/061/005686/2014
SEI-150030/000652/2021	SEI-150159/002197/2021	E-12/014/001965/2016
SEI-150066/001964/2021	SEI-150033/000409/2021	E-16/061/003848/2018
SEI-150110/000461/2021	E-12/061/5529/2017	E-12/029/000858/2017
SEI-150063/001456/2021	E-12/013/486/2018	E-12/022/336/2017
SEI-150159/001975/2021	E-12/061/001890/2018	SEI-160150/002174/2020
SEI-150159/002301/2021	E-12/012/489/2018	E-12/061/1159/2016
SEI-150094/000044/2021	E-12/061/005384/2017	

INDEFIRO os processos abaixo relacionados:
SEI-150159/002615/2021; E-12/061/003662/2014.

Id: 2356225

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

COORDENADORIA GERAL DE EDUCAÇÃO PARA O TRÂNSITO

DESPACHOS DO COORDENADOR

DE 23.11.2021

PROCESSO Nº SEI-150072/000082/2021 - **CONCEDE** credenciamento e registro para funcionamento de curso especializado regular e de atualização para condutores de veículos de transporte coletivo de passageiros, na modalidade presencial ao Sindicato das Empresas de Transporte de Passageiros de Nova Iguaçu (TRANSONIBUS), CNPJ sob o nº 30.832.554/0001-16, com endereço funcional na Av. Carlos Marques Rolo, nº 854 - Vila Nova - Nova Iguaçu - RJ - CEP 26.262-020.

PROCESSO Nº SEI-150072/000255/2021 - **CONCEDE** credenciamento e registro para funcionamento de cursos de instrutor de trânsito, instrutor de curso especializado, formação de diretor geral, formação de diretor de ensino, bem como para as suas complementações e atualizações, na modalidade presencial a TRANSLAGOS Outras Atividades de Ensino EIRELI, CNPJ sob o nº 31.953.143/0001-41, com endereço funcional na Estrada dos Passageiros, nº 22 - Vinhateiro - São Pedro da Aldeia - RJ - CEP 28.943-484.

Id: 2356615

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

DIRETORIA DE HABILITAÇÃO

DESPACHOS DO DIRETOR

DE 25.11.2021

PROCESSO Nº SEI-150068/005595/2021 - **DETERMINO** a cassação da CNH, nos termos do artigo 263, III da Lei nº 9.503/97 (CTB), expedida em nome de SEBASTIÃO INACIO DE SOUZA (Registro nº 51677502), levando-se em consideração o prazo de 06 (seis) meses, conforme sentença condenatória transitada em julgado em 13/09/2021; A aplicação do disposto no artigo 268, inciso IV, do CTB, devendo o condutor submeter-se ao curso de reciclagem; À submissão a novos exames (I - de aptidão física e mental, II - avaliação psicológica, III - escrito, sobre legislação de trânsito, e IV - de direção veicular, realizado na via pública, em veículo da categoria para a qual estiver habilitado), conforme estabelecido no art. 160, caput, do CTB com a regulamentação da Resolução CONTRAN nº 300/2008; A entrega da CNH pelo condutor, no prazo de até 05 (cinco) dias, para cumprimento deste ato, se ainda não o houver realizado.

PROCESSO Nº SEI-150068/004383/2021 - **DETERMINO** a cassação da CNH, nos termos do artigo 263, III da Lei nº 9.503/97 (CTB), expedida em nome de AURINO ESTEVAM BARBOSA (Registro nº 00035244508), levando-se em consideração o prazo de 01 (um) ano, conforme sentença condenatória transitada em julgado em 24/11/2017; A aplicação do disposto no artigo 268, inciso IV, do CTB, devendo o condutor submeter-se ao curso de reciclagem; A submissão a novos exames (I - de aptidão física e mental, II - avaliação psicológica, III - escrito, sobre legislação de trânsito, e IV - de direção veicular, realizado na via pública, em veículo da categoria para a qual estiver habilitado), conforme estabelecido no art. 160, caput, do CTB com a regulamentação da Resolução CONTRAN nº 300/2008; A entrega da CNH pelo condutor, no prazo de até 05 (cinco) dias, para cumprimento deste ato, se ainda não o houver realizado.

Id: 2356616

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

DESPACHO DO ORDENADOR DE DESPESAS

DE 25.11.2021

PROCESSO Nº SEI-150159/005979/2021 - **RECONHEÇO** a dívida, no valor de R$ 130.909,83 (cento e trinta mil novecentos e nove reais e oitenta e três centavos), relativo à inclusão pela SEFAZ na folha de pagamento de reconhecimento de dívida das Despesas de Exercícios Anteriores, Elemento de Despesa 3190.92.01, fundamentada pelo art. 82 da Lei nº 287, de 04/12/79.

Id: 2356617

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DESPACHO DO COORDENADOR

DE 25.11.2021

PROCESSO Nº SEI-150141/000125/2021 - LUCIANA TOREZANI ELOY, Id. Func. nº 2061376-8. **DEFIRO** o Abono de Permanência a partir de 04/11/2021, até a data da publicação da Aposentadoria Voluntária ou Compulsória, de acordo com o Art. 3º da EC nº 47/2005.

Id: 2356899

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

DESPACHO DO DIRETOR GERAL

DE 22.11.2021

PROCESSO Nº SEI-E-09/4151/4000/2001 - **RATIFICO** de inexigibilidade de licitação, em conformidade com o art. 26 da Lei Federal 8.666/93, em favor da PRO LAGOS S/A, no valor R$ 6.000,00 (seis mil reais), com fulcro no ARTIGO 25, CAPUT da supracitada Lei.

Id: 2356900

Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

ATO DO SECRETÁRIO E DO PRESIDENTE

RESOLUÇÃO SEPLAG/PRODERJ Nº52 DE 20 DE SETEMBRO DE 2021

DISPÕE SOBRE AS DIRETRIZES DAS TRANSFERÊNCIAS ADMINISTRATIVAS NECESSÁRIAS EM RAZÃO DO DECRETO ESTADUAL Nº 47.278/20, QUE ALTEROU A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E ATRIBUIÇÕES DO CENTRO DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (PRODERJ).

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO e o **PRESIDENTE DO CENTRO DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO,** no uso de suas atribuições constitucionais e legais, e tendo em vista o que consta nos Processos Administrativos nºs SEI-12/001/050941/2019 e SEI-120001/015931/2020,

CONSIDERANDO:

- as disposições do Decreto nº 45.600, de 13 de março de 2016, que regulamenta a gestão e a fiscalização das contratações da administração pública estadual;

- o advento do Decreto nº 47.278/2020 que, em seu art. 5º, apresenta rol de prerrogativas e obrigações atribuíveis ao Centro de Tecnologia de Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro (PRODERJ), centralizando os serviços informatizados da Administração Estadual;

RESOLVEM:

Art. 1º - O Contrato nº 0011/2019, avençado com a empresa Inteligência de Negócios, Sistemas e Informática LTDA, será transferido da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG) para o Centro de Tecnologia de Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro (PRODERJ) por meio de Termo Aditivo celebrado entre as partes.

§ 1º - Os procedimentos de pagamentos de fatura até a competência de dezembro deste ano terão suas rotinas realizadas pelos setores competentes da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG).

§ 2º - Os procedimentos de pagamentos de fatura relativos às competências do exercício de 2021 e subsequentes terão suas rotinas realizadas pelos setores competentes do Centro de Tecnologia de Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro (PRODERJ), cabendo à Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG) prestar os auxílios que aquela autarquia eventualmente necessitar, em colaboração, reduzindo ao máximo os possíveis impactos decorrentes da transição.

Art. 2º - A Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG) e o Centro de Tecnologia de Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro (PRODERJ) providenciarão, se couber, o remanejamento de crédito orçamentário com vistas à continuidade de satisfação das despesas alimentes ao Contrato nº 0011/2019, de modo a não impactar sua execução.

Art. 3º - O Centro de Tecnologia de Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro (PRODERJ) deverá editar ato de constituição de Comissão de Gestão e Fiscalização para atuar no Contrato nº 0011/2019, a partir da competência de janeiro de 2021, inclusive.

Art. 4º - A Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG) e o Centro de Tecnologia de Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro (PRODERJ) providenciarão o deslocamento do patrimônio atinente ao objeto do Contrato nº 0011/2019, caso cabível ou necessário.

Art. 5º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 20 de setembro de 2021

JOSÉ LUÍS CARDOSO ZAMITH
Secretário de Estado de Planejamento e Gestão

JOSÉ MAURO DE FARIAS JUNIOR
Presidente do PRODERJ

Id: 2356466

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

ATO DOS SECRETÁRIOS

RESOLUÇÃO CONJUNTA SEPLAG/SES Nº 56 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2021

PROFERE DECISÃO SOBRE A QUALIFICAÇÃO DE ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS COMO ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO E O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, com fundamento na Lei Estadual nº 6.043, de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais no âmbito da Saúde, no Decreto nº 43.261, de 27 de outubro de 2011, e na Resolução Conjunta SEPLAG/SES nº 46, de 5 de agosto de 2021; e

CONSIDERANDO o relatório final elaborado pela Comissão de Qualificação designada pela Resolução Conjunta SEPLAG/SES nº 23, de 9 de fevereiro de 2021, alterada pela Resolução Conjunta SEPLAG/SES nº 47, de 6 de agosto de 2021, juntado ao Processo nº SEI-080017/004236/2021;

RESOLVEM:

Art. 1º- Conceder a qualificação definitiva como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, ao Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória (INSV), entidade sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 13.824.560/0001-02.

Art. 2º- A qualificação acima deferida é restrita para atuação da entidade nas seguintes áreas de atuação, conforme artigo 2º da Resolução Conjunta SEPLAG/SES nº 46/2021:

1. Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência (OSS PRÉ-HOSPITALAR);
2. Hospital Geral de alta complexidade (OSS HOSPITAL GERAL);
3. Maternidade Pública;
4. Hospital Pediátrico; e
5. Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT).

Art. 3º - Esta qualificação não gera direito à celebração de Contrato de Gestão com o Poder Público, conforme o § 2º, do art.1º do Decreto nº 43.261/2011.

Art. 4º - As alterações da finalidade ou do regime de funcionamento da entidade, que impliquem em mudança das condições que instruíram sua qualificação, deverão ser comunicadas formalmente à SES, sob pena de cancelamento desta qualificação.

Art. 5º - Esta Resolução Conjunta entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 25 novembro de 2021

JOSÉ LUÍS CARDOSO ZAMITH
Secretário de Estado de Planejamento e Gestão

ALEXANDRE OTAVIO CHIEPPE
Secretário de Estado de Saúde

Id: 2356770

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

ATO DOS SECRETÁRIOS

RESOLUÇÃO CONJUNTA SEPLAG/SES Nº 57 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2021

ALTERA A COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO DE ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS COMO ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, INSTITUÍDA PELA RESOLUÇÃO CONJUNTA SEPLAG/SES Nº 23 de 09 DE FEVEREIRO DE 2021.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO E O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, com fundamento na Lei Estadual nº 6.043, de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais, no âmbito da Saúde, e no Decreto nº 43.261, de 27 de outubro de 2011, e conforme o que consta no Processo nº SEI-080001/002589/2021.

RESOLVEM:

Art. 1º - Alterar a composição da Comissão de Qualificação de Entidades Sem Fins Lucrativos como Organizações Sociais de Saúde, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, instituída pela Resolução Conjunta SEPLAG/SES nº 23, de 09 de fevereiro de 2021.

Art. 2º - O art. 3º da Resolução Conjunta SEPLAG/SES nº 23, de 09 de fevereiro de 2021 passa a vigorar com a seguinte redação:

I - membro Titular da SES: Pedro Oliveira Reis Flores, ID FUNCIONAL Nº 5001813-2

Suplente: João Pedro De Aguiar Jund, ID nº 5113717-8

II - membro Titular da SES: Adriana Castro Barbosa Lobo, ID nº 3150054-4

Suplente: Rosimar Carvalho Da Silva Miranda - ID nº 563694-9

III - membro Titular da SEPLAG: Vandemberg Santos Silva, ID nº 4348114-0

Suplente: Raphael Campos Pereira, ID nº 5113013-0

IV - membro Titular da SEPLAG: Mateus Marcelo Silva De Lima, ID nº 51130521

Suplente: Felipe Ferreira De Lima, ID nº 5113050-5

Art. 3º - Esta Resolução Conjunta entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 25 novembro de 2021

JOSÉ LUÍS CARDOSO ZAMITH
Secretário de Estado de Planejamento e Gestão

ALEXANDRE O. CHIEPPE
Secretário de Estado de Saúde

Id: 2356771

Impresa Oficial · GOVERNO DO ESTADO RIO DE JANEIRO · documento assinado digitalmente

A assinatura não possui validade quando impresso.

A IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO garante a autenticidade deste documento, quando visualizado diretamente no portal www.io.rj.gov.br.
Assinado digitalmente em Sábado, 27 de Novembro de 2021 às 03:14:06 -0200.

Rua Conde de Araruama,425-Quissamã
Rio de Janeiro –RJ.

A COQUALI – Comissão de Qualificação de Organizações Sociais, considerando a edição do Decreto nº 2702/2019, confere a Organização Social: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória, CNPJ nº 13.824560/0001-02.

CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL

PROCESSO NÚMERO: 8849/2019 DATA DE EMISSÃO: **09.09.2019**

RAZÃO SOCIAL: **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória.**

ENDEREÇO: **Rua Sebastião Dias, S/N – Campinhos**

CIDADE: Santo Amaro ESTADO: **Bahia** CEP: **44.200-000**

CNPJ: **13.824560/0001-02**

Atendido os requisitos legais, fica a entidade sem fins lucrativos acima QUALIFICADA como Organização Social – O.S. no Município de Quissamã, nos termos da Lei Municipal nº 1430/2014, e Decreto nº 1965/2014, para desenvolver atividade dirigida à saúde, conforme Decreto nº 2702/2019 publicado no D.O.Q de 07.09.2019

Udete Mota Llobera Ferriol
Secretária Municipal de Administração
Presidente

Simone Moreira
Secretária Municipal de Fazenda

Arnaldo Gonçalves da Silva de Queirós Mattoso
Secretário Municipal de Desenvolvimento Econômico Trabalho e Turismo

Documento Autenticado Digitalmento de acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé. ********** Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549011020245453092 3

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 13549011020245453092 3-1
Data: 01/10/2020 17:48:57
Valor Total do Ato: R$ 4,56
Selo Digital Tipo Normal C: AKM72487-M7MI;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Bel. Válber Azevedo de Miranda Cavalcanti
Titular

TJPB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARA para os devidos fins de direito que, o documento em anexo identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[2].

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **19/10/2020 11:23:06 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA** ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br

Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o *Código de Autenticação Digital*..

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135490110202454530923-1
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013 e Provimento CGJ Nº 003/2014.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b29028902016200e7235a5c6d78145775b26d5cada311969cb195eed65a8ae99d19e22ea70b75c7c371cfd128d69a8d8a0d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2,
de 24 de agosto de 2001.

ICP Brasil

PODER EXECUTIVO
www.quissama.rj.gov.br

D.O.Q.

ANO: 04 Nº: 1010
SEGUNDA-FEIRA
03 DE FEVEREIRO DE 2020

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ

Prefeita
Maria de Fátima Pacheco

Vice-Prefeito
Marcelo de Souza Batista

Chefe de Gabinete
Luciano de Almeida Lourenço

Controladoria Geral do Município
Gabriel Bueno Siqueira

Procuradoria Geral do Município
Linaldo de Souza Lyra

Secretaria de Governo
Marcio Oliveira Pessanha

Secretaria de Fazenda
Simone Moreira

Secretaria de Saúde
Simone Flores Soares de Oliveira Barros

Secretaria de Educação
Robisson Silva Serra

Secretaria de Assistência Social
Tânia Regina dos Santos Magalhães

Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Trabalho e Turismo
Arnaldo Gonçalves da Silva de Queiros Mattoso

Secretaria de Agricultura, Meio Ambiente e Pesca
Luiz Carlos Fonseca Lopes

Secretaria de Obras, Serviços Públicos e Urbanismo
Francisco Roberto de Siqueira Junior

Secretaria Municipal de Administração
Udete Mota LLobera Ferriol

Coordenadoria Especial de Comunicação Social
Paulo David Nogueira da Silva

Coordenadoria Especial de Transporte
Fábio Castro da Costa

Coordenadoria Especial de Cultura e Lazer
Amanda Fragoso Barcelos

Coordenadoria Especial de Esporte e Juventude
Isis das Chagas

Coordenador Municipal de Defesa Civil
Marcos Augusto Alves Ferreira

Coordenador Especial de Segurança Pública e Trânsito
Janderson Barreto Chagas

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2018

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE homologa o resultado do CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 001/2018, cujo objeto consiste na celebração de contrato de gestão para Gestão Compartilhada, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde nas unidades do Município, proclamado nos autos do processo administrativo n.º 5934/2017, pela Comissão de Seleção, instituída pela Portaria SEMSA n.º 004, publicada em 05/02/2019, alterada pela Portaria SEMSA n.º 015/2018, fulcrada nos arts. 15 a 17 do Decreto Municipal n.º 1965/2014, que regulamentou a Lei Municipal n.º 1430/2014.

Quissamã, 24 de janeiro de 2020.

SIMONE FLORES SOARES DE OLIVEIRA BARROS
Gestora do Fundo Municipal de Saúde
Secretária Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

TERMO DE ADJUDICAÇÃO DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2018

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, a vista do parecer conclusivo exarado pela Comissão de Seleção, instituída pela Portaria SEMSA n.º 004, publicada em 05/02/2019, alterada pela Portaria SEMSA n.º 015/2018, fulcrada nos arts. 15 a 17 do Decreto Municipal n.º 1965/2014, que regulamentou a Lei Municipal n.º 1430/2014, adjudica o objeto do CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 001/2018 que consiste na Gestão Compartilhada, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde nas unidades do Município, proclamado nos autos do processo administrativo n.º 5934/2017, nos termos abaixo:

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA

CNPJ n.º 13.824.560/0001-02

Quissamã, 03 de fevereiro de 2020.

SIMONE FLORES SOARES DE OLIVEIRA BARROS
Gestora do Fundo Municipal de Saúde
Secretária Municipal de Saúde

PREFEITURA DE
QUISSAMÃ

Prefeita
Maria de Fátima Pacheco

Vice-Prefeito
Marcelo de Souza Batista

Secretaria de Governo
Marcio Oliveira Pessanha

DIÁRIO OFICIAL

PUBLICAÇÕES

ENVIO DE MATÉRIAS: As matérias que serão publicadas no Diário Oficial de Quissamã – D.O.Q., deverão ser entregues na Secretaria de Governo, na sede da Prefeitura de Quissamã, até as 14h, de segunda a quinta-feira, e até as 10h, na sexta-feira, em mídia digital (pendrive).

RECLAMAÇÕES: Questionamentos sobre textos oficiais publicados devem ser encaminhados à Coordenação de Comunicação Social, por escrito, no máximo até 10 dias após a data de sua publicação.

TELEFONE: (22) 2768-9300

SITE: www.quissama.rj.gov.br

Diário Oficial de Quissamã – D.O.Q. criado pelo decreto Nº 2214/2017

PODER EXECUTIVO

EQUIPE DE PUBLICAÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO

Márcio Oliveira Pessanha – Secretário de Governo

NOTA: DEFESA CONHECIDA E INDEFERIDA, MANTENDO-SE O AUTO DE INFRAÇÃO Nº 0427 LAVRADO, NO VALOR DE R$ 12.550, 58 (DOZE MIL, QUINHENTOS E CINQÜENTA REAIS E CINQÜENTA E OITO CENTAVOS). ASSIM, CONTAR-SE-À, A PARTIR DA DATA DA PUBLICAÇÃO, O PRAZO DE 30 DIAS PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO AO CMRA, EM CUMPRIMENTO AO ART. 249, IV DA LEI 2.602/08 C/C ART. 12 DA LEI 2681/2009. CASO NÃO CUMPRIDA OU INPUGNADA A SANÇÃO FISCAL, CONTAR-SE-A O PRAZO DE 30 DIAS PARA PAGAMENTO AMIGÁVEL DO CRÉDITO. ESGOTADO ESTE PRAZO, O PROCESSO SERÁ ENCAMINHADO À SMF PARA INSCRIÇÃO DO DÉBITO EM DÍVIDA ATIVA, NOS TERMOS DO ART. 250 § 2º DA LEI 2.602/08.

"AUTO DE INFRAÇÃO SMARHS Nº 0428.
DATA: 13/05/2021; AUTUADO: HAYASA COMERCIO E SERVIÇOS DE AUTOMOTORES LTDA; CNPJ: 02.913.365/0001-32; PROCESSO ADMINISTRATIVO: 250/000821/2021.
NOTA: DEFESA CONHECIDA E INDEFERIDA, MANTENDO-SE O AUTO DE INFRAÇÃO Nº 0428 LAVRADO, NO VALOR DE R$ 12.550, 58 (DOZE MIL, QUINHENTOS E CINQÜENTA REAIS E CINQÜENTA E OITO CENTAVOS). ASSIM, CONTAR-SE-À, A PARTIR DA DATA DA PUBLICAÇÃO, O PRAZO DE 30 DIAS PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO AO CMRA, EM CUMPRIMENTO AO ART. 249, IV DA LEI 2.602/08 C/C ART. 12 DA LEI 2681/2009. CASO NÃO CUMPRIDA OU INPUGNADA A SANÇÃO FISCAL, CONTAR-SE-A O PRAZO DE 30 DIAS PARA PAGAMENTO AMIGÁVEL DO CRÉDITO. ESGOTADO ESTE PRAZO, O PROCESSO SERÁ ENCAMINHADO À SMF PARA INSCRIÇÃO DO DÉBITO EM DÍVIDA ATIVA, NOS TERMOS DO ART. 250 § 2º DA LEI 2.602/08.

SECRETARIA MUNICIPAL DAS CULTURAS
Ato do Secretário
CHAMADA PÚBLICA SMC 01/2021
ATIVOS CULTURAIS - COMPRA, AQUISIÇÃO E LICENCIAMENTO DE PRODUTOS CULTURAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO SMC 240/000021/2021

A Prefeitura do Município de Niterói (PMN), por meio da Secretaria Municipal das Culturas (SMC), torna público o conjunto de normas que regulamentam o processo de inscrição e seleção da Chamada Pública SMC 01/2021 - Ativos Culturais - Compra, Aquisição e Licenciamento de Produtos Culturais, com inscrições gratuitas a serem realizadas exclusivamente por meio do sistema eletrônico disponível no endereço www.culturaniteroi.com.br, que estarão abertas a partir das 10h do dia 01 de julho de 2021 até as 18h do dia 16 de agosto de 2021.
A Chamada Pública e seus anexos estão disponibilizadas no endereço: www.culturaniteroi.com.br.
Informações: Secretaria Municipal das Culturas – SMC, situada à Rua Presidente Pedreira, 98, Ingá, Niterói / RJ. E-mail: ativosculturais.niteroi@gmail.com.

EXTRATO CONTRATUAL SMC Nº 049/2021

INSTRUMENTO: Termo jurídico SMC/ nº 00050/2021/2021 **PARTES:** O Município de Niterói representado pela Secretaria Municipal das Culturas e Reciclarte; **OBJETO:** Termo jurídico referente à execução da Chamada Pública de Retomada Econômica do Setor Cultural (SMC 02/2020) referente a proposta: Manutenção do ECG selecionada na categoria Programação, Manutenção e/ou Adequação de Espaços Culturais, a fim de fomentar as empresas e organizações privadas do setor artístico-cultural; **PRAZO:** 120 (cento e vinte) dias, a contar da data de sua assinatura; **VALOR:** R$ 20.000,00 (vinte mil reais); **VERBA:** P.T. nº 41.01.13.392.0148.7777, Código de Despesa 339039, Fonte 138, Nota de Empenho nº 000877; **FUNDAMENTO:** Lei Municipal nº 3545, de 22 de outubro de 2020; Processo Administrativo nº 240/0040/2020 e 240/00088/2021, Chamada Pública de Retomada Econômica do Setor Cultural - SMC 02/2020; **DATA DA ASSINATURA:** 04 de junho de 2021.

EXTRATO CONTRATUAL SMC Nº 050/2021

INSTRUMENTO: Termo jurídico SMC/ nº 00049/2021/2021; **PARTES:** O Município de Niterói representado pela Secretaria Municipal das Culturas e Associação Ponto ORG; **OBJETO:** Termo jurídico referente à execução da Chamada Pública de Retomada Econômica do Setor Cultural (SMC 02/2020) referente a proposta: Oficina de Introdução a Cadeia Audiovisual Na BEM selecionada na categoria Oficinas e Cursos Livres, a fim de fomentar as empresas e organizações privadas do setor artístico-cultural; **PRAZO:** 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua assinatura; **VALOR:** R$ 20.000,00 (vinte mil reais); **VERBA:** P.T. nº 41.01.13.392.0148.7777, Código de Despesa 339039, Fonte 138, Nota de Empenho nº 000877; **FUNDAMENTO:** Lei Municipal nº 3545, de 22 de outubro de 2020; Processo Administrativo nº 240/0040/2020 e 240/00090/2021, Chamada Pública de Retomada Econômica do Setor Cultural - SMC 02/2020; **DATA DA ASSINATURA:** 04 de junho de 2021.

PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO
ATA COQUALI

Aos dezessete de junho de dois mil e vinte e um, reuniu-se, na sede da Procuradoria-Geral do Município, situada na Rua Visconde de Sepetiba, n.º 987, 7º andar, Centro – Niterói, a Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (COQUALI) da Prefeitura de Niterói, com o escopo de deliberar a respeito da complementação dos documentos referentes aos pedidos de qualificação à Fundação Municipal de Saúde. Presentes o Sr. Procurador-Geral do Município, Dr. Michell Maron, o Sr. Subsecretário Municipal de Esportes e Lazer, Dr. Robert Voss, a Dra. Samua Braz Pimental, representando a Controladoria Geral do Município, Dr. Thiago Rissos, representando a Secretaria Municipal de Educação, Dr. Antônio Júlio Dias e Dra. Suellen Trindade, representando a Fundação Municipal de Saúde. Decidiu-se pelo deferimento dos requerimentos das seguintes interessadas: **VIVA RIO; INSTITUTO ACQUA AÇÃO CIDADANIA QUALIDADE URBANA E AMBIENTAL; INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA.** Quanto ao recurso apresentado pelo **INSTITUTO MULTI GESTÃO (IMG)**, o mesmo foi indeferido. Nada mais havendo a acrescentar, o Presidente da Comissão deu por encerrada a reunião, determinando, ainda, a publicação, no Diário Oficial do Município, em formato de deliberação, do resultado, devidamente motivado, do pedido de qualificação.

DELIBERAÇÃO COQUALI Nº. 13, de 17 de junho de 2021

Divulga o Resultado dos Requerimentos de Qualificação como Organização Social direcionados à Fundação Municipal de Saúde de Niterói.
A **COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (COQUALI)**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Municipal n.º 2.884/2011 e o Decreto Municipal n.º 11.101/2012 e posteriores alterações,
1 – Divulga o resultado dos **Pedidos de Qualificação** como Organização Social endereçados à Fundação Municipal de Saúde de Niterói:

ENTIDADES	QUALIFICADA
1 – VIVA RIO	X
2 – INSTITUTO ACQUA AÇÃO CIDADANIA QUALIDADE URBANA E AMBIENTAL	X
3 – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA	X
Recurso interposto pelo INSTITUTO MULTI GESTÃO (IMG).	Indeferido

2 – A íntegra da decisão acerca dos Pedidos de Qualificação encontra-se disponível para consulta na Fundação Municipal de Saúde de Niterói, localizada na Rua Visconde de Sepetiba, n.º 987, 9º andar, Centro, Niterói/RJ, devendo ser consultado previamente os horários de atendimento devido a possíveis alterações em virtude da pandemia.
3 - As Requerentes cujos pedidos de qualificação tenham sido indeferidos, incluindo aquelas que tenham apresentado de forma incompleta a documentação discriminada no art. 2º da Lei 2.884/2011, poderão requerer novamente a qualificação, **a qualquer tempo**, desde que atendidas as exigências da Lei Municipal nº. 2.884/2011 e do Decreto Municipal n.º 11.101/2012.
4 - Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO PGM Nº 11, DE 30 JUNHO DE 2021.

Altera o art.1º da Resolução PGM Nº 01, de janeiro de 2021, que regulamenta o Programa de Estágio Extracurricular.
O PROCURADOR GERAL DO MUNICÍPIO DE NITERÓI, no uso de suas atribuições que lhe foram conferidas,
RESOLVE:
Art.1º O art.1º da Resolução PGM nº 01, de janeiro de 2021 passa a vigorar com a seguinte redação:
Art.1º Fica instituído o Programa de Estágio Extracurricular de nível superior para as áreas de Ciências Econômicas, Administração de Empresas, Administração Pública, Ciências Contábeis e Processos Gerenciais, que objetiva proporcionar aos graduandos o conhecimento teórico e prático relacionado a Gestão e Contabilidade Pública, sobretudo no âmbito municipal.
Art.2º A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PORTARIA FMS/FGA Nº 197/2021

O Presidente da **Fundação Municipal de Saúde**, no uso de suas atribuições legais,
RESOLVE:
Art. 1º - Indicar os responsáveis pela fiscalização, na forma prevista no art. 67, da Lei 8.666/93, do contrato nº 23/2019, Processo nº 200/10035/2019, cujo objeto é a contratação de serviços de reforma do PMF Salvador Allende (Atalaia), firmados entre a **Fundação Municipal de Saúde** e a empresa **Engeplan Construção e Reforma Ltda ME.**
Fiscal: Júlio Célio dos Santos Di Renna – Matrícula nº 437.576-5;
Fiscal: Otávio Caldeira Barreto – Matrícula nº 437.413-4.
Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

EXTRATO N.º 27/2021

INSTRUMENTO: Termo Aditivo n.º 19/2021; **PARTES:** Fundação Municipal de Saúde de Niterói e Chada Comércio e Serviços Ltda; **OBJETO:** Constitui objeto do presente instrumento a renovação do prazo de vigência do Contrato n.º 02/2019, que tem por objeto a locação de impressora multifuncional laser monocromática preto e branco digital, (impressão, digitalização e cópia), marca Ricoh MP 6503, incluindo fornecimento de equipamentos novos, de primeiro uso, prestação de serviços de manutenção preventiva/corretiva, suporte e assistência técnica, com reposição de peças e componentes, com todos os suprimentos, insumos/ consumíveis e originais, necessários ao funcionamento dos equipamentos, exceto papel, treinamento de pessoal e gerenciamento de impressões por meio de senhas dos usuários; **PRAZO:** 12 (doze) meses; **VALOR:** R$ 21.384,00 (vinte e um mil e trezentos e oitenta e quatro reais); **VERBA:** Programa de Trabalho n.º 2543.10.301.0133.4047, Código de Despesa n.º 33.90.39.00, Fonte n.º 207, Nota de Empenho n.º 000332/2021; **FUNDAMENTO:** Lei n.º 8.666/93, bem como o processo administrativo n.º 200/8586/2017; **DATA DE ASSINATURA:** 25 de março de 2021.

EXTRATO N.º 63/2021

INSTRUMENTO: Termo Aditivo n.º 32/2021; **PARTES:** Fundação Municipal de Saúde de Niterói e Associação de Pais e Amigos dos Deficientes de Audição (APADA); **OBJETO:** Constitui objeto do presente instrumento a renovação do prazo de vigência do Convênio n.º 11/2020, que tem por objeto a utilização dos recursos financeiros repassados a título de emenda parlamentar, consoante definido na Portaria GM/MS n.º 488, de 23 de março de 2020, para cobrir despesas com o custeio da CONVENENTE, em conformidade com o previsto na Portaria GM/MS n.º 725, de 06 de abril de 2020 e de acordo com o Plano de Trabalho Aprovado pelo CONCEDENTE; **PRAZO:** 02 (dois) meses, a contar da data da assinatura; **VALOR TOTAL:** Não haverá transferência de recursos, uma vez que se trata de renovação do prazo destinada à utilização dos recursos financeiros repassados a título de emenda parlamentar; **FUNDAMENTO:** Lei n.º 8.666/93, bem como o processo administrativo n.º 200/5622/2020; **DATA DE ASSINATURA:** 19 de maio de 2021.

EXTRATO n.º: 64/2021

INSTRUMENTO: Termo Aditivo n.º 33/2021; **PARTES:** Fundação Municipal de Saúde de Niterói e a União dos Cegos no Brasil; **PARTES QUE ASSINARAM O INSTRUMENTO:** Rodrigo Alves Torres Oliveira e Rosa Joaquina Pinheiro Cordovil; **OBJETO:** Constitui objeto do presente instrumento a alteração quantitativa (supressão) do Contrato n.º 11/2018, que tem por objeto a contratação de instituição especializada na prestação de serviços de operação em câmara escura nas seguintes Unidades: Unidade de Emergência Mário Monteiro (UMAM), Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT), Hospital Orêncio de Freitas (HOF), Policlínica de Especialidades Sylvio Picanço (PESP), Policlínica Regional do Largo da Batalha Dr. José Francisco C. Nunes Filho (SPA Largo da Batalha), em conformidade com o Termo de Referência; **VALOR TOTAL:** R$ 940.544,14 (novecentos e quarenta mil,

PORTARIA Nº 1322/2021 EM, 12 DE JULHO DE 2021.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CASIMIRO DE ABREU, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS QUE LHE SÃO CONFERIDAS NO ART. 97, II "a", DA LEI ORGÂNICA MUNICIPAL;

CONSIDERANDO os constantes nos autos do processo administrativo nº 7668/2021.

RESOLVE:

Art. 1º - Designar o Servidor Municipal CLAUDIO VIEIRA CARVALHO, Guarda Municipal, matrícula nº 9182, para exercer a Função Gratificada de Inspetor Chefe da Guarda Municipal, Símbolo FG-1, da Secretaria Municipal de Ordem Pública e Defesa Civil, desta Municipalidade.

Art. 2º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação ou afixação em átrio público, revogadas as disposições em contrário, com efeitos retroativos a 01 de julho de 2021.

RAMON DIAS GIDALTE
PREFEITO

PORTARIA Nº 1323/2021 EM, 12 DE JULHO DE 2021.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CASIMIRO DE ABREU, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS QUE LHE SÃO CONFERIDAS NO ART. 97, II "a", DA LEI ORGÂNICA MUNICIPAL;

CONSIDERANDO os constantes nos autos do processo administrativo nº 7668/2021.

RESOLVE:

Art. 1º - Revogar a Portaria nº 715/2021, de 24 de fevereiro de 2021, que designou CÁSSIO ADSON DE ABREU, Guarda Municipal, matrícula nº 11.421, para exercer a Função Gratificada, Símbolo FG-2 de Supervisor da Guarda Municipal, da Secretaria Municipal de Ordem Pública e Defesa Civil, desta Municipalidade.

Art. 2º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação ou afixação em átrio público, revogadas as disposições em contrário, com efeitos retroativos a 02 de julho de 2021.

RAMON DIAS GIDALTE
PREFEITO

PORTARIA Nº 1324/2021 EM, 12 DE JULHO DE 2021.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CASIMIRO DE ABREU, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS QUE LHE SÃO CONFERIDAS NO ART. 97, II "a", DA LEI ORGÂNICA MUNICIPAL;

CONSIDERANDO os constantes nos autos do processo administrativo nº 7668/2021.

RESOLVE:

Art. 1º - Designar o Servidor Municipal JEAN PIERRE CONCEIÇÃO FERNANDES, Guarda Municipal, matrícula nº 11.413, para exercer a Função Gratificada, Símbolo FG-2 de Supervisor da Guarda Municipal, da Secretaria Municipal de Ordem Pública e Defesa Civil, desta Municipalidade.

Art. 2º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação ou afixação em átrio público, revogadas as disposições em contrário, com efeitos retroativos a 02 de julho de 2021.

RAMON DIAS GIDALTE
PREFEITO

DECRETO Nº 2198/2021 DE 19 DE JULHO DE 2021.

Prorroga o prazo para serem requeridos os descontos decorrentes de débitos de contribuintes junto ao município, conforme previsto na Lei Municipal nº 2100 de 12 de maio de 2021, que Institui o Programa de Recuperação Fiscal – REFIS.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CASIMIRO DE ABREU, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS QUE LHE CONFERE O ARTIGO 97, INCISO I, "i" DA LEI ORGÂNICAMUNICIPAL.

DECRETA:

Art. 1º - Fica prorrogado por 60 (sessenta) dias, a contar de 23 de julho de 2021, o prazo previsto na Lei Municipal nº 2100 de 12 de maio de 2021, para serem requeridos os descontos decorrentes de débitos de contribuintes, relativos a impostos, taxas, contribuições de melhorias, preços públicos e tarifas, em razão de fatos geradores ocorridos até o último dia do ano anterior da adesão, constituídos ou não, inscritos ou não em dívida ativa, ajuizados ou a ajuizar, com exigibilidade suspensa ou não, inclusive sobre os débitos já parcelados e os decorrentes de falta de recolhimento de valores retidos.

Art. 2º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação ou afixação no átrio público, revogadas as disposições em contrário, surtindo seus efeitos a partir de 23 de julho de 2021.

RAMON DIAS GIDALTE
PREFEITO

DECRETO Nº 2220/2021 DE 02 DE AGOSTO DE 2021.

Ementa: Dispõe sobre Qualificação de Organização Social no Município no âmbito da Saúde.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CASIMIRO DE ABREU, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS QUE LHE CONFERE O ART. 79, VII DA LEI ORGÂNICA MUNICIPAL;

RESOLVE:

Art. 1º - Qualificar a Organização Social, conforme Edital publicado em Diário Oficial da União e do Estado do Rio de Janeiro, Jornal de grande circulação no Estado e Jornal Oficial, referente à contratação de Pessoa Jurídica de Direito Privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à Gestão Hospitalar, conforme Lei Federal nº 9.637/98 Lei Federal nº 9.648/98 e Lei Municipal nº 1114 de 08 de março de 2007, e alterações, regulamentada pelo Decreto nº 130 de 31 de outubro de 2007.

Art. 2º - Fica qualificado como Organização Social a "SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS- INSV-

INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORADA VITÓRIA", inscrito (a) no CNPJ/MF sob o nº 13.824.560/001-02, conforme Processo Administrativo nº 9266/2020.

Art. 3º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

RAMON DIAS GIDALTE
PREFEITO

DECRETO Nº 2199/2021 DE 19 DE JULHO DE 2021.

Homologa o Regimento Interno do Conselho Municipal de Política Cultural.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CASIMIRO DE ABREU, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS, QUE LHE SÃO CONFERIDAS PELA LEI ORGÂNICA MUNICIPAL.

CONSIDERANDO o previsto no artigo 13 da Lei Municipal nº2.035 de 19 de dezembro de 2019:

DECRETA:

Art.1º - Fica homologado o Regimento Interno do Conselho Municipal de Política Cultural, aprovado pelo plenário do colegiado, em Assembléia Geral Ordinária em 10 de maio de 2021, que passa a fazer parte integrante do presente Decreto. .

Art. 2º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

RAMON DIAS GIDALTE
PREFEITO

REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICA CULTURAL DE CASIMIRO DE ABREU.

Art. 1º – Regulamentar o Regimento Interno do Conselho Municipal de Política Cultural Casimiro de Abreu, conforme disposto a seguir:

CAPITULO I - DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS
CAPITULO II - DA FINALIDADE E ATRIBUIÇÕES
SEÇÃO I – Da finalidade
SEÇÃO II – Das atribuições
CAPITULO III - DA COMPOSIÇÃO, ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E VACÂNCIA
SEÇÃO I - Da Composição,
SEÇÃO II - Da Estrutura e suas competências
SEÇÃO III - Do Funcionamento
SUBSEÇÃO I – Das Assembléias
SUBSEÇÃO II – Das apresentações e votação das Matérias
SEÇÃO IV – Da vacância
CAPITULO IV, DAS CONFERÊNCIAS E FÓRUNS MUNICIPAIS DE CULTURA
CAPITULO V - DO FUNDO MUNICIPAL DE CULTURA
CAPITULO VI, DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 2º - Este Regimento trata do funcionamento do Conselho Municipal de Política Cultural de Casimiro de Abreu, suas finalidades, competências, atribuições, estrutura interna, regulação das relações com a comunidade cultural e demais faculdades.

Art. 3º - O Conselho Municipal de Política Cultural – CMPC/CA, órgão colegiado consultivo e deliberativo, integrante da estrutura da Fundação Cultural de Casimiro de Abreu, com composição paritária entre Poder Público e sociedade civil, constitui o principal espaço de participação social, de caráter permanente, na estrutura do Sistema Municipal de Cultura - SMC/CA, conforme disposto Capítulo II, inciso II, art. 4º da Lei nº 1.744/2016, de 16 de maio de 2016.

CAPÍTULO II - DA FINALIDADE E ATRIBUIÇÕES
Seção I
Da Finalidade
Art. 4º - O Conselho Municipal de Política Cultural de Casimiro de Abreu – CMPC/CA tem por finalidade propor a formulação de políticas públicas, com vistas a promover a articulação e o debate entre o Poder Público, em diferentes níveis de governo e a sociedade civil organizada, para o desenvolvimento e o fomento das atividades culturais no Município de Casimiro de Abreu.

Seção II
Das Atribuições
Art. 5º - São atribuições e competências do CMPC/CA, cabendo a todos os seus integrantes zelarem pelo seu cumprimento:
I - Propor e aprovar as diretrizes gerais, acompanhar e fiscalizar a execução do Plano Municipal de Cultura – PMC/CA;
II - Propor normas e diretrizes pertinentes às finalidades e aos objetivos do Sistema Municipal de Cultura – SMC/CA;
III - Defender o patrimônio cultural e artístico do Município de Casimiro de Abreu e incentivar sua difusão e proteção;
IV - Colaborar na articulação das ações entre organismos públicos e privados da área cultural;
V - Criar mecanismos de comunicação permanente com a comunidade, cumprindo seu papel articulador e mediador entre a sociedade civil e o poder público;

VI - Apoiar a criação de programas, projetos e ações, assegurando os meios necessários à sua execução, para uma oferta descentralizada, contemplando a participação social, a política de acesso e a multiplicidade de linguagens;
VII - Promover a cooperação com os demais Conselhos Municipais de Cultura, bem como com o Conselho Estadual e Nacional de Política Cultural;
VIII - Promover e incentivar a realização de estudos e pesquisas na área cultural através de instrumentos criados para esta finalidade;
IX - Demais atribuições do Art. 3º da Lei nº 2.035 de 19 de dezembro de 2019 que dispões sobre o Conselho Municipal de Política Publica;
X - Exercer outras atividades correlatas.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO,
Seção I
Da Composição
Art. 6º - O Conselho Municipal de Política Cultural será composto por 8 (oito) membros a saber: 04 (quatro) representantes da sociedade civil e 04 (quatro) representantes do Poder Público, conforme Art. 6º da Lei nº 2.035 de 19 de dezembro de 2019 que dispões sobre o Conselho Municipal de Política Publica.
§ 1º – Das vagas da Sociedade Civil, 02 (duas) serão ocupadas por representantes da Sociedade Civil Organizada e 02 (duas) vagas por representantes da classe artística, entendidos nesta definição os profissionais das diversas áreas das manifestações artísticas e produtores de cultura em geral, que tenham domicílio no município.
§ 2º – As vagas destinadas à Sociedade Civil Organizada serão ocupadas por Organizações Não Governamentais que possuam atuação no município, por no mínimo 2 (dois) anos.
Art. 7º - Pelo princípio da Moralidade o Presidente da Fundação Cultural não poderá ser indicado para compor o rol de membros do Conselho Municipal de Política Cultural.

DECRETO N.º 220/2021
DISPÕE SOBRE A ALTERAÇÃO DO DECRETO MUNICIPAL N.º 018/2021 DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, PARA ATENDER AS PARCERIAS CELEBRADAS COM ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL MEDIANTE TERMO DE FOMENTO, NA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
O PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO, no uso de suas atribuições legais e de acordo com os poderes conferidos na Legislação vigente.
DECRETA:
Art. 1º. Fica alterado o Decreto n.º 018/2021, na seguinte forma: Substitui, a contar do dia 01 de junho de 2021, os membros da Comissão de Monitoramento e Avaliação, para atender as parcerias celebradas com Organizações da Sociedade Civil, mediante termo de fomento, na Secretaria Municipal de Educação, abaixo relacionados:
I – Maurício de Souza Barreto - matrícula n.º 124.971, passar a compor a comissão como membro, em substituição a Kassia Monteiro Alves - matrícula n.º 124.738.
II - Kassia Monteiro Alves - matrícula n.º 124.738, passa a compor a comissão como Presidente, em substituição a Elaine Assumpção Manhães - matrícula n.º 124.516.
Art. 2º. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.
São Gonçalo, 16 de maio de 2021.
NELSON RUAS DOS SANTOS
Prefeito

DECRETO N.º 221/2021
ALTERA A COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE ENQUADRAMENTO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL, INSTITUÍDA PELO DECRETO N.º 085, DE 03 DE MARÇO DE 2021.
O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO, no uso de suas atribuições legais, e de acordo com os poderes conferidos pelo artigo 56 da Lei Orgânica do Município de São Gonçalo,
DECRETA:
Art. 1º Fica alterada a composição da Comissão de Enquadramento e Capacitação Profissional, instituída pelo Decreto n.º 085, de 03 de março de 2021, na forma abaixo:
I - Excluir: André Luiz Rodrigues Carvalho, matrícula n.º 21.582;
II - Incluir: Samantha Cristina Alves Pereira, matrícula n.º 122.392.
Art. 2º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, mantendo-se os demais termos do Decreto n.º 085, de 03 de março de 2021.
São Gonçalo, 17 de junho de 2021.
NELSON RUAS DOS SANTOS
Prefeito

DECRETO N.º 222/2021
DISPÕE SOBRE REVOGAÇÃO DE RESOLUÇÃO QUE ESTABELECEU NORMAS E FIXOU CALENDÁRIO DE VISTORIA ORDINÁRIA, REFERENTE AO ANO DE 2021, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE TRANSPORTE ESCOLAR NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO no uso de suas atribuições legais e de acordo com os poderes conferidos pelo artigo 56 da Lei Orgânica do Município, e
CONSIDERANDO o Decreto n.º 208/2021, de 02 de junho de 2021 que dispõe sobre medidas de adequação para enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de importância internacional, decorrente do novo coronavírus;
CONSIDERANDO o que está determinado no Decreto n.º 149/2012 estabelecendo a vistoria anual dos veículos que prestam Serviço de Transporte Escolar no Município, de acordo com normas e datas fixadas pela Secretaria Municipal de Transportes;
CONSIDERANDO que cabe ao Poder Público Municipal a publicação de normas complementares visando ao bem-estar e segurança da população,
RESOLVE:
Art. 1º - Revogar a Resolução N.º 023/SEMTRAN/2021 de 11 de maio de 2021, que estabeleceu normas e fixou o calendário de vistoria do exercício de 2021 dos veículos que operam o serviço de transporte escolar no Município de São Gonçalo/ RJ.
Art. 2º - As vistorias para encerramento das permutas, transferências, inclusões de veículos e novas autorizações estão suspensas.
Parágrafo Único - Em casos especiais, permutas, transferências e inclusões de veículos, poderão ser autorizadas pela Secretária de Transportes.
Art. 3º- Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.
São Gonçalo, 17 de junho de 2021.
NELSON RUAS DOS SANTOS
Prefeito

DECRETO N.º 223/2021
ABRE CRÉDITO SUPLEMENTAR E ALTERA O ORÇAMENTO E O QUADRO DE DETALHAMENTO DAS DESPESAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO URBANO.
O PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO no uso de suas atribuições legais e de acordo com a Lei Municipal n.º 1213 de 11 de janeiro de 2021- Lei Orçamentária para 2021, com a Lei Federal n.º 4.320 de 17 de março de 1964 e com a Lei Orgânica Municipal.
Considerando o solicitado e justificado no ofício nº 674/SEMDUR/2021 de 17 de junho de 2021.
DECRETA:
Art. 1º - Fica aberto crédito suplementar, e alterado o Orçamento, na forma do Anexo, da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano, no valor de R$ 725.000,00 (Setecentos e vinte e cinco mil reais).
Art. 2º - Em decorrência do disposto no artigo anterior, ficam alterados ainda o Quadro de Detalhamento da Despesa e o Plano Plurianual, aprovados respectivamente pelo Decreto n.º 022 de 15 de janeiro de 2021 e Lei n.º 1212 de 11 de janeiro de 2021.
Art. 3º - Os recursos compensatórios serão provenientes de anulação parcial de dotações orçamentárias.
Art. 4º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.
São Gonçalo, 17 de Junho de 2021.
NELSON RUAS DOS SANTOS
Prefeito

ANEXO DECRETO N.º 223/2021
QUADRO DE DETALHAMENTO DA DESPESA - EXERCÍCIO 2021
Órgão: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano.

PROGRAMA DE TRABALHO	NATUREZA DA DESPESA	DESPESA	FONTE	VALOR (R$ 1)	
				ACRÉSCIMO	CANCELAMENTO
20.59.04.122.1001.2.091	3.3.90.39.00	518	00	700.000,00	0,00
20.59.15.452.2083.2.203	3.3.90.39.00	555	00	0,00	725.000,00
20.59.15.562.2051.2.101	3.3.90.39.00	558	00	25.000,00	0,00
TOTAL				725.000,00	725.000,00

DECRETO N.º 224/2021
DISPÕE SOBRE A QUALIFICAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DADA PELO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO A INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA, PARA ATUAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE.
O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO, no uso de suas atribuições legais, e
CONSIDERANDO o artigo 199, § 1º, da CRFB/88, que estabelece a possibilidade de participação, de forma complementar, das Entidades Privadas no Sistema Único de Saúde, mediante contrato administrativo ou convênio;
CONSIDERANDO os artigos 4º, § 2º, e 24 a 26, da Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece a participação, de forma complementar, das Entidades Privadas no Sistema Único de Saúde;
CONSIDERANDO a Lei Municipal n.º 370/2011, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências;
CONSIDERANDO o Decreto Municipal n.º 008/2018, que regulamenta a Lei Municipal n.º 370/2011, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências;
CONSIDERANDO a decisão da Comissão Qualificadora de Organizações Sociais, instituída pelo artigo 2º, caput, do Anexo Único, do Decreto Municipal n.º 008/2018, e designada pela Portaria n.º 013/SEMSADC/2021, exarada nos autos do procedimento administrativo n.º 465/2021;
CONSIDERADO o parecer do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, exarado nos autos do procedimento administrativo n.º 465/2021,

DECRETA:
Art.1º Fica concedido ao INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA, inscrito no CNPJ/MF sob o n.º 13.824.560/0001-02, o título de Organização Social, para atuação no âmbito da Saúde, nos termos da Lei Municipal n.º 370/2011 e de seu Decreto Regulamentador n.º 008/2018.
Art. 2º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.
São Gonçalo, 17 de junho de 2021.
NELSON RUAS DOS SANTOS
Prefeito

Designa:
a contar de 08 de junho de 2021, WALTER MONTEIRO RIBEIRO, CPF.: 267.***.***-06, para responder pelo cargo de Responsável Técnico de Radiologia das Unidades de Urgência e Emergência, na(o) Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, sem fazer jus a remuneração do referido cargo.
Port. n.º 2090/2021
Republicado por incorreção da PMSG

Nomeia:
a contar de 15 de junho de 2021, ADELITA FERNANDES FONSECA – CPF: 083.***.***-05, para exercer o cargo em comissão de Assessor I - Símbolo DAS-08 e Designar para responder pelo cargo de Farmacêutica Responsável Técnica do Polo Sanitário Washington Luiz Lopes, na(o) Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.
Port. n.º 2091/2021

SEMAD

PORTARIA 340/SUBRH/SEMAD/2021
São Gonçalo, 08 de Junho de 2021.
O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições do seu cargo, e tendo em vista a delegação de competência determinada pelo Decreto 004/2021, de 12 de janeiro de 2021.
RESOLVE conceder 9 (nove) meses de Licença Prêmio, ao(s) servidor(es) abaixo relacionado(s), de acordo com o disposto no artigo 139, da Lei 050/91, de 05 de dezembro de 1991.

Matrícula	Nome	Posse	Cargo	Quinquênio	Início	Processo
17236	RAPHAEL RIODADES DE MENDONCA DOS SANTOS DIAS	03/02/2000	MEDICO	1º(2000-2005) 2º(2006-2010) 3º(2010-2015)	01/01/2021	17607/2021

BRUNO CERQUEIRA RIBEIRO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

PORTARIA 347/SUBRH/SEMAD/2021
São Gonçalo, 09 de Junho de 2021.
O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições do seu cargo, e tendo em vista a delegação de competência determinada pelo Decreto 004/2021, de 12 de janeiro de 2021.
RESOLVE conceder 3 (três) meses de Licença Prêmio, ao(s) servidor(es) abaixo relacionado(s), de acordo com o disposto no artigo 139, da Lei 050/91, de 05 de dezembro de 1991.

Matrícula	Nome	Posse	Cargo	Quinquênio	Início	Processo
9154	FERNANDO CESAR ALMEIDA SAMPAIO	25/02/1985	ODONTOLOGO	7º(2015-2020)	01/07/2021	16774/2021
9823	LINEI TEIXEIRA	31/03/1986	GUARDA MUNICIPAL	6º(2011-2016)	01/07/2021	18479/2021
16951	ADRIANA FERNANDES FERREIRA DE ALMEIDA	27/10/1999	ODONTOLOGO	4º(2014-2019)	01/07/2021	16777/2021
17987	EDIVANDA MARCAL DE OLIVEIRA GUILHERME	20/07/2001	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	3º(2011-2016)	01/07/2021	15950/2021
21376	DARLENE ABREU DE SOUSA	21/03/2012	PROFESSOR - DOCENTE II	1º(2012-2017)	01/07/2021	16328/2021

BRUNO CERQUEIRA RIBEIRO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

PORTARIA 348/SUBRH/SEMAD/2021
São Gonçalo, 09 de Junho de 2021.
O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições do seu cargo, e tendo em vista a delegação de competência determinada pelo Decreto 004/2021, de 12 de janeiro de 2021.
RESOLVE conceder 3 (três) meses de Licença Prêmio, ao(s) servidor(es) abaixo relacionado(s), de acordo com o disposto no artigo 139, da Lei 050/91, de 05 de dezembro de 1991.

Matrícula	Nome	Posse	Cargo	Quinquênio	Início	Processo
10674	ANTONIO CARLOS RIBEIRO QUITANILHA	09/07/1987	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	1º(1987-1992)	01/07/2021	15341/2021
12236	LAZARO AUGUSTO CAVALCANTI VIANA	22/06/1990	MEDICO	5º(2010-2015)	01/07/2021	14823/2021
17330	ALDREY PONTES MARQUES	22/06/2000	ODONTOLOGO	4º(2016-2020)	01/07/2021	14811/2021
19303	ANDRE OSORIO FERREIRA RANGEL	03/06/2005	GUARDA MUNICIPAL	2º(2010-2015)	01/07/2021	18485/2021
22228	DANIEL LIRA AMORIM	26/09/2013	TECNICO DE ENFERMAGEM	1º(2013-2018)	01/07/2021	14821/2021

BRUNO CERQUEIRA RIBEIRO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

PORTARIA 349/SUBRH/SEMAD/2021
São Gonçalo, 09 de Junho de 2021.
O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições do seu cargo, e tendo em vista a delegação de competência determinada pelo Decreto 004/2021, de 12 de janeiro de 2021.
RESOLVE conceder 3 (três) meses de Licença Prêmio, ao(s) servidor(es) abaixo relacionado(s), de acordo com o disposto no artigo 139, da Lei 050/91, de 05 de dezembro de 1991.

Matrícula	Nome	Posse	Cargo	Quinquênio	Início	Processo
21168	ALEXSANDRO DOS SANTOS CONSTANTINO	12/12/2011	GUARDA MUNICIPAL II	1º(2011-2016)	01/07/2021	18487/2021
21175	ANDRE LUIZ FERREIRA DE ANDRADE	12/12/2011	GUARDA MUNICIPAL II	1º(2011-2016)	01/07/2021	18484/2021
21192	DOLPH FERREIRA COSTA	12/12/2011	GUARDA MUNICIPAL II	1º(2011-2016)	01/07/2021	18486/2021
21258	IVO CASTOR DE MENDONCA	29/02/2012	GUARDA MUNICIPAL II	1º(2012-2017)	01/07/2021	18489/2021
21286	WANESSA CANDIOTO BARBALHO DE SOUZA	13/03/2012	ENFERMEIRO	1º(2012-2017)	01/07/2021	14822/2021

BRUNO CERQUEIRA RIBEIRO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

PORTARIA 350/SUBRH/SEMAD/2021
São Gonçalo, 09 de Junho de 2021.
O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições do seu cargo, e tendo em vista a delegação de competência determinada pelo Decreto 004/2021, de 12 de janeiro de 2021.
RESOLVE conceder 3 (três) meses de Licença Prêmio, ao(s) servidor(es) abaixo relacionado(s), de acordo com o disposto no artigo 139, da Lei 050/91, de 05 de dezembro de 1991.

Matrícula	Nome	Posse	Cargo	Quinquênio	Início	Processo
8892	JOSE CARLOS NASCIMENTO NUNES	19/06/1984	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	3º(1994-1999)	01/07/2021	15339/2021
10182	ARMANDO MUNIZ DO COUTO	18/08/1986	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	6º(2011-2016)	01/07/2021	11955/2021
14008	LAURA CHRISTINA SATO	25/03/1994	FISCAL DE POSTURAS	3º(2004-2009)	01/07/2021	12533/2021
17328	LOIDE DE OLIVEIRA REGO	22/05/2000	MEDICO	4º(2015-2020)	01/07/2021	15951/2021
21937	MARAISA MAGALHAES FELIPE COSTA	21/05/2013	PROFESSOR - DOCENTE II	1º(2013-2018)	01/07/2021	16445/2021

BRUNO CERQUEIRA RIBEIRO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

PORTARIA 351/SUBRH/SEMAD/2021
São Gonçalo, 09 de Junho de 2021.
O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições do seu cargo, e tendo em vista a delegação de competência determinada pelo Decreto 004/2021, de 12 de janeiro de 2021.
RESOLVE conceder 3 (três) meses de Licença Prêmio, ao(s) servidor(es) abaixo relacionado(s), de acordo com o disposto no artigo 139, da Lei 050/91, de 05 de dezembro de 1991.

Matrícula	Nome	Posse	Cargo	Quinquênio	Início	Processo
10681	JOSE RAIMUNDO PEREIRA	09/07/1987	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	1º(1987-1992)	01/07/2021	15338/2021
14129	LUCIA HELENA DOS SANTOS FEITOSA	11/07/1994	NUTRICIONISTA	3º(2004-2009)	01/07/2021	14176/2021
14940	RONALDO GONCALVES DE SANTANA	16/10/1995	MOTORISTA	4º(2010-2015)	01/07/2021	14817/2021
16946	VILMA DA SILVA MOURA	19/10/1999	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	4º(2014-2019)	01/07/2021	14814/2021
20874	JOHN EDWARD MILET WALTON	27/10/2011	PSICOLOGO	1º(2011-2016)	01/07/2021	14813/2021

BRUNO CERQUEIRA RIBEIRO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

PORTARIA 352/SUBRH/SEMAD/2021
São Gonçalo, 09 de Junho de 2021.
O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições do seu cargo, e tendo em vista a delegação de competência determinada pelo Decreto 004/2021, de 12 de janeiro de 2021.
RESOLVE conceder 3 (três) meses de Licença Prêmio, ao(s) servidor(es) abaixo relacionado(s), de acordo com o disposto no artigo 139, da Lei 050/91, de 05 de dezembro de 1991.

Matrícula	Nome	Posse	Cargo	Quinquênio	Início	Processo
12576	MARIA INES ROCHA DE CASTRO	03/04/1991	MEDICO	2º(1996-2001)	01/07/2021	15945/2021
13556	MARCELO WAGNER	11/03/1993	GUARDA	1º(1993-1998)	01/07/2021	18482/2021

Sérgio Sobrinho, matrícula nº 112734, com o objetivo de acompanhar a parceria celebrada entre o Município e o Instituto de Desenvolvimento Econômico e Social de Minas Gerais, mediante Termo de Fomento nº 02/2020, Processo Administrativo Nº 60.776/2019".
Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a data de 01 de agosto de 2020.
Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.
Prefeitura Municipal de Betim, 16 de outubro de 2020.
Vittorio Medioli
Prefeito Municipal
Bruno Ferreira Cypriano
Procurador-Geral do Município

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO E DE ADJUDICAÇÃO
O Sr. Vittorio Medioli, inscrito no RG sob o nº M-1.065.297 – SSP/MG e no CPF/MF sob o nº 253.590.966-91, com endereço profissional no Centro Administrativo Papa João Paulo II, situado na Rua Pará de Minas, nº 640, Bairro Brasileia, Betim/MG, CEP nº 32.600-412, na qualidade de Prefeito do MUNICÍPIO DE BETIM, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 18.715.391/0001-96, com sede no Centro Administrativo Papa João Paulo II, situado na Rua Pará de Minas, nº 640, Bairro Brasileia, Betim/MG, CEP nº 32.600-412, no uso de suas atribuições legais,
RESOLVE:
Com fundamento na norma contida no art. 43, inciso VI, da Lei Nacional nº 8.666/1993:
HOMOLOGAR o Processo Administrativo de Compras nº 017/2020 – Tomada de Preço nº 002/2020, cujo objeto é a "Contratação de empresa de engenharia ou arquitetura e urbanismo sob o regime de empreitada a preços unitários para execução das obras de reforma das Quadras Esportivas do Bairro Dom Bosco, na Rua Frei Serafim, s/nº esquina com Rua Itaim e do Bairro Jardim Brasília, na Rua Edcionina, nº 73, Betim – MG." e ADJUDICAR o objeto à empresa MCM Empreendimentos Eireli – CNPJ nº 15.211.038/0001-80, proposta vencedora apresentada no valor de R$ 351.056,33 (trezentos e cinquenta e um mil e cinquenta e seis reais e trinta e três centavos).
Betim/MG, 15 de outubro de 2020.
Vittorio Medioli
Prefeito do Município de Betim

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Parecer da Comissão de qualificação e habilitação de entidades como Organizações Sociais – OS
Secretaria Municipal de Saúde - Resultado
De acordo com a análise documental realizada aos cinco dias do mês de outubro de dois mil e vinte, às quinze horas e trinta minutos na sala de reuniões do gabinete do Secretário de Saúde, fica QUALIFICADA e apta a celebrar contratos de gestão com a Administração Pública Municipal - em especial com relação à contratualização de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Município de Betim/MG, de acordo com a Lei 6.194, de 23 de maio de 2017, a Entidade:
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV Instituto Nossa Senhora da Vitória, CNPJ: 13.824.560/0001-02, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede na rua Sebastião Dias, S/nº, bairro Campinhos, município de Santo Amaro, CEP 44.200-000, Salvador - Bahia.
Betim, 19 de outubro de 2020.
Guilherme Carvalho da Paixão
Secretário Municipal de Saúde
Gestor do SUS/Betim-MG

SMS/FMS de Betim-MG. Julga proposta PE exclusivo para ME/EPP/COOP nº 35/20 - PAC nº 49/20 - RP nº13/20, cujo objeto é o Registro de Preços para eventual aquisição de Mobiliário Hospitalar. Foram desclassificadas conforme Ata de Julgamento autuada no processo, as empresas: Reporte Empreendimentos Comerciais Ltda-EPP nos lotes "1,4 e 5"; Nélson Alves de Moraes nos lotes "4,5,8 e 10"; Via Lúmens Áudio, Vídeo e Informática Ltda-EPP nos lotes "5,8 e 10"; e Micro Service Eletrônicos Eireli no lote "10". Foram declaradas vencedoras as empresas: Ufficio Comércio de Móveis Ltda-EPP nos lotes "1,2,11 e 13"; Vitor Silvestre Felício nos lotes "3,6,7,9 e12. Os Lotes 4,5,8,10 e 14 foram fracassados. O processo fica com vistas franqueadas aos interessados. Pregoeiro. 21/10/2.020.

SMS/FMS de Betim-MG. Extrato de Homologação. O Secretário Municipal de Saúde de Betim homologa o Pregão Eletrônico nº 64/2020 - PAC nº 124/2020 com lote exclusivo para ME/EPP/COOP, cujo objeto é a aquisição de fórmula infantil com 100% de aminoácidos livres para cumprimento de mandado judicial. À empresa: DML DISTRIBUIÇÃO LTDA no lote "1". 21/10/2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS, PLANEJAMENTO, GESTÃO, ORÇAMENTO E OBRAS PÚBLICAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM – SEFPLAGOOP – SUPERINTENDÊNCIA DE CONVÊNIOS E PARCERIAS.
PA nº 45.770/2016. 2º Termo Aditivo ao Convênio assinado em 02/01/2017 entre o Município de Betim e o Banco do Brasil SA. Objeto do Termo Aditivo: Alteração da vigência do Convênio, prorrogado até 31/12/2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM
Secretaria Municipal de Finanças, Planejamento, Gestão, Orçamento e Obras Públicas
Assunto: Extrato do 4º Termo Aditivo ao Contrato nº ECO 040/2019 , firmado entre o Município de Betim e a Engesp Construções Eireli - TP 001/2018, PAC 027/2018 – Contratação, sob o regime de empreitada a preços unitários, de empresa de engenharia para execução de obras e serviços complementares relativos ao Centro de Artes e Esportes Unificados (CEU), no bairro Petrovale no município de Betim/MG – O objeto do Termo Aditivo é a adequação de planilha devido à inclusão de serviços, com acréscimo do valor contratual de 24,91919% . Em decorrência da inclusão de serviços, fica acrescido ao contrato o valor de R$ 74.167,23, que deverá ser empenhado na Dotação Orçamentária nº 07.01.27.813. 0005.1126.449051.010000, para o presente exercício de 2020. O valor do Contrato que totalizava R$ 297.630,98 passa a ter o valor de R$ 371.798,21. Signatários: Vittorio Medioli - Prefeito Municipal, Bruno Ferreira Cypriano - Procurador-Geral do Município, Gilmar Lembi Mascarenhas – Secretário Municipal de Finanças, Planejamento, Gestão, Orçamento e Obras Públicas, Marinésia Dias da Costa Makatsuru - Presidente da Empresa de Construções, Obras, Serviços, Projetos, Transportes e Trânsito de Betim- ECOS, Raphael Martins Filho, Diretor Executivo Jurídico da ECOS e Arthur Alves de Brito - Representante da Contratada. Em: 01/10/2020. As demais cláusulas permanecem inalteradas

SECRETARIA ADJUNTA DE CORREGEDORIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM - EDITAL DE CITAÇÃO - COM PRAZO DE 05 (CINCO) DIAS – A Presidente da Comissão Processante da Saúde, designada através da Portaria GAPR nº 153/2020, no uso de suas atribuições legais, faz saber a Aline Rezende Faustino, cargo Oficial de Administração - matrícula nº 02.06097-3, do quadro setorial da Secretaria Adjunta da Adminstraçaõ cedida para Secretaria Municipal de Saúde, que mediante a publicação da Portaria SEACO nº 190, de 11 de novembro de 2019, foi instaurado Procedimento Administrativo Disciplinar, no PAD nº 26.743/2019 em que figura como indiciada, por afrontar aos artigos 167,I, II, VI, e X, art. 168, IV,XV, XXX, c/c os arts. 170 e 179, § 1º, II, todos da Lei Municipal nº 884, de 12 de fevereiro de 1969, Estatuto dos Servidores Municipais de Betim. Frustradas as tentativas de citação pelas vias do mandado, fica a servidora, pelo presente edital, CITADA, conforme art. 28, § 5º da Lei 6.163/2018, no referido PAD para comparecer à audiência para tomada de depoimento designada para o dia 06 de novembro de 2020, às 14h00min, na Sala de Audiências da Secretaria Adjunta de Corregedoria, no 2º andar do Centro Administrativo João Paulo II, localizado na Rua Pará de Minas, 640, Bairro Brasiléia, Betim/MG, ficando ainda, intimada para apresentar Defesa prévia e para especificar as provas que pretenda produzir, bem como a necessidade de cada uma, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da última publicação deste edital. Para tanto, este edital será publicado no Órgão Oficial do Município de Betim, por 03 (três) edições consecutivas. Betim, 19 de outubro de 2020. Cristiano Aristides Reis Abreu - Presidente da Comissão Processante da Saúde.

Poder Executivo
Secretaria Adjunta de Corregedoria
Corregedoria Geral do Município de Betim
EXTRATO DE DECISÃO
A Secretária Adjunta de Corregedoria, no uso de suas atribuições legais, em conformidade com o disposto nas Leis nº 884/69 e 6.163/2017, de acordo com o Relatório Final nº 015/2018 da Comissão Processante da Educação e Administração, DECIDE arquivar o Processo Administrativo Disciplinar nº 1.190/2015, em razão da ausência de culpabilidade do servidor investigado. Betim, 09 de Outubro de 2020.
Michelle Abras Taveira
Secretária Adjunta de Corregedoria

Poder Executivo
Secretaria Adjunta de Corregedoria
Corregedoria Geral do Município de Betim
EXTRATO DE DECISÃO
A Secretária Adjunta de Corregedoria, no uso de suas atribuições legais, em conformidade com o disposto nas Leis nº 884/69 e 6.163/2017, de acordo com o Relatório Final nº 026/2018 da Comissão Processante da Educação e Administração, decide ARQUIVAR do Processo Administrativo Disciplinar nº 28.287/2014 em razão da ausência de irregularidade da conduta atribuída ao sindicado Jânio Rita de Melo, matrícula 0103361-1, detentor do cargo de Auditor Fiscal de Receitas. Betim, 9 de Outubro de 2020.
Michelle Abras Taveira
Secretária Adjunta de Corregedoria

Poder Executivo
Secretaria Adjunta de Corregedoria
Corregedoria Geral do Município de Betim
EXTRATO DE DECISÃO
A Secretária Adjunta de Corregedoria, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Municipal nº 6.158/2017, considerando o que consta no Processo Administrativo Disciplinar nº 30.658/2016, com fulcro nos arts. 32, II e 34, §§1º, 2º e 3º, da Lei nº 6.163/2017, decide: ABSOLVER o servidor Pedro Leonardo Almeida Cordeiro, detentor do cargo de Técnico em Enfermagem, matrícula nº. 0208108-3, tendo em vista que não restou configurada a presença do animus abundonandi nas faltas ora apuradas. Betim, 09 de Outubro de 2020.
Michelle Abras Taveira
Secretária Adjunta de Corregedoria

Poder Executivo
Secretaria Adjunta de Corregedoria
Corregedoria Geral do Município de Betim
EXTRATO DE DECISÃO
A Secretária Adjunta de Corregedoria, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Municipal nº 6.158/2017, considerando o que consta no Processo Administrativo Disciplinar nº 40.282/2017, com fulcro nos arts. 32, II e 34, §§1º, 2º e 3º, da Lei nº 6.163/2017, decide: ABSOLVER o servidor Ivan José Cardoso Amorin, matrícula 129000-2, detentor do cargo de Diretor, das infrações a ele atribuídas no referido processo e consequentemente ARQUIVAR o PAD em questão. Betim, 09 de Outubro de 2020.
Michelle Abras Taveira
Secretária Adjunta de Corregedoria

Poder Executivo
Secretaria Adjunta de Corregedoria
Corregedoria Geral do Município de Betim
EXTRATO DE DECISÃO
A Secretária Adjunta de Corregedoria, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Municipal nº 6158/2017, considerando o que consta no Processo Administrativo Disciplinar nº 42.836/2017, com fulcro nos arts. 26, I e 30, §1º, da Lei nº 6.163/2017, decide ARQUIVAR o referido processo, em razão da constatação da perda de objeto face as possíveis pretensões punitivas em decorrência das infrações ora apuradas. Betim, 09 de Outubro de 2020.
Michelle Abras Taveira
Secretária Adjunta de Corregedoria

Poder Executivo
Secretaria Adjunta de Corregedoria
Corregedoria Geral do Município de Betim
EXTRATO DE DECISÃO
A Secretária Adjunta de Corregedoria, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Municipal nº 6.158/2017, considerando o que consta no Processo Administrativo Disciplinar nº 11.800/2016, com fulcro no art. 26, I da Lei nº 6.163/2017, decide ARQUIVAR o referido processo sem julgamento do mérito, uma vez que não foram constatados indícios mínimos de prova para o indiciamento dos investigados. Betim, 9 de outubro de 2020.
Michelle Abras Taveira
Secretária Adjunta de Corregedoria

SECRETARIA DE ORDENAMENTO TERRITORIAL E HABITAÇÃO - SORTEH

Processo Administrativo Nº 52.076/2020 – SOLICITANTE – SOLAR POWER ENERGY LTDA – O Secretario de Ordenamento Territorial e Habitação com base no art. 6º, da Lei Municipal nº 6223/2017, considerando a documentação comprobatória apensada ao processo, defere a concessão de benefícios para o imóvel objeto da solicitação nas modalidades: Sistema Energia Elétrica Solar Fotovoltaica.

Processo Administrativo Nº 52.557/2020 – SOLICITANTE – ANDERSON REGIS DE FREITAS – O Secretario de Ordenamento Territorial e Habitação com base no art. 6º, da Lei Municipal nº 6223/2017, considerando a documentação comprobatória apensada ao processo, defere a concessão de benefícios para o imóvel objeto

VILA VELHA

CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA

A Prefeitura Municipal de Vila Velha, localizada na Avenida Santa Leopoldina, n°. 840, Coqueiral de Itaparica, **CERTIFICA** que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ sob o n°. 13.824.560/0001-02, foi qualificada como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** no Município de Vila Velha/ES, tendo em vista o cumprimento dos requisitos exigidos na Lei Municipal n°. 6.214/2019, no Decreto Municipal n°. 352/2019 e na Portaria n°. 010/2020 da Secretaria Municipal de Saúde.

Vila Velha, 08/09/2020.

MAX FREITAS MAURO FILHO

Prefeito Municipal de Vila Velha/ES

Documento Autenticado Digitalmente de acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato.
O referido é verdade. Dou fé. ********** Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/135491009207427495257

Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
NJ: 06.870-0
Bel. Walber Azevêdo Bastos Miranda Cavalcanti
TJPB
Autenticação Digital Código: 135491009207427495257-1
Data: 10/09/2020 15:34:24
Valor Total do Ato: R$ 4,56
Selo Digital Tipo Normal C: AKL65030-U0BW:
CARTÓRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARA para os devidos fins de direito que, o documento em anexo identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[2].

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **19/10/2020 11:28:13 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA** ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br

Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o *Código de Autenticação Digital*..

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135491009207427495257-1
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013 e Provimento CGJ Nº 003/2014.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b29028902016200e7235a5c6d78145775676b0600ff5906d4276f1711dfda855f03f09a63e2e5862ea5cab6f735c6d5af0d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2,
de 24 de agosto de 2001.

ICP Brasil

motivo de férias da titular, no período de 01 a 15 de setembro de 2020.
Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a contar do dia 01 de setembro de 2020.
Vila Velha, ES, 01 de setembro de 2020.
MAX FREITAS MAURO FILHO
Prefeito Municipal

PORTARIA Nº 432/2020
Designa servidora, interinamente e cumulativamente, para responder pelo cargo comissionado de Gerente de Avaliação Imobiliária da Secretaria Municipal de Finanças, em período de férias da titular.
O PREFEITO MUNICIPAL DE VILA VELHA, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista o disposto no art. 64, da Lei Complementar nº. 006, de 03 de setembro de 2002 – Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Vila Velha, **RESOLVE:**
Art. 1º Designar, interinamente e cumulativamente, a servidora ***Maria Gorete Braido Nascimento***, matrícula nº 22390, para substituir a servidora ***Luzia Brunoro Bissoli***, matrícula nº 46183, no cargo comissionado de Gerente de Avaliação Imobiliária, padrão CC-3, da Secretaria Municipal de Finanças, por motivo de férias da titular, no período de 17 a 31 de agosto de 2020.
Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a contar do dia 17 de agosto de 2020.
Vila Velha, ES, 01 de setembro de 2020.
MAX FREITAS MAURO FILHO
Prefeito Municipal

ATOS DO SECRETARIADO

PORTARIA SEMCONT Nº 006/2020
Designa, interinamente, servidor para substituir o responsável pelo Controle Interno da SEMCONT no Sistema CidadES.
A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE CONTROLE E TRANSPARÊNCIA DE VILA VELHA, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições previstas na Lei Municipal nº 5.318/2012 e no Decreto Municipal nº 26/2015;
RESOLVE:
Art. 1º Designar a servidora Susane de Mattos Silva Padilha, matrícula nº 105406/1, para substituir o servidor Marlon Turial Lamas, matrícula 77178/1, para ser cadastrada no Sistema de Remessa de Controle Informatizado de Dados do Espírito Santo (CidadES) como Responsável pelo Controle Interno da Secretaria Municipal de Controle e Transparência/SEMCONT, por motivo de férias do titular, no período de 10/09/2020 a 29/09/2020.
Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir do dia 10/09/2020.
Vila Velha - ES, 01 de setembro de 2020.
Angela Maria Soares Silvares
Secretária Municipal de Controle e Transparência

PORTARIA Nº 02, de setembro de 2020
O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA, no uso das atribuições legais conferidas pela Lei Municipal nº 5318/2012, e
CONSIDERANDO: A Lei Federal nº 14.017, de 29 de junho de 2020, que dispõe sobre ações emergenciais do setor cultural e o Decreto Federal nº 10.464, de 17 de agosto de 2020 que a regulamentou.
CONSIDERANDO: A Lei Municipal nº 6.091, de 14 de novembro de 2018, que instituiu o Fundo Municipal de Cultura e o Decreto nº 146, de 10 de junho de 2020, que a regulamentou.
RESOLVE:
Art. 1º - DESIGNAR os membros abaixo relacionados, para compor a COMISSÃO DE ANÁLISE E HOMOLOGAÇÃO DE CADASTRO dos espaços culturais no município de Vila Velha, para a execução das ações emergenciais previstas no inciso II da Lei Federal nº 14.017:
Aline Lima Pereira
Arukia Cristina Duarte Moschem
Cleonice Maria Maulaz Filho
Ellomar Carlos Mazoco
Vanusa Pitanga
Art. 2º - Os membros da comissão não receberão remuneração adicional pelos trabalhos prestados.
Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.
Art. 4º - Revogam-se as disposições contrárias.
Vila Velha, 01 de setembro de 2020.
Peterson de Castro Cardoso
Secretário Municipal de Cultura

PORTARIA Nº 010, DE 01 DE AGOSTO DE 2020, DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VILA VELHA.
DISPÕE SOBRE A QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE INSTITUIÇÕES DO TERCEIRO SETOR NA FORMA DA LEI MUNICIPAL Nº. 6.214/2019 E DO DECRETO MUNICIPAL Nº 352/2019.
O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VILA VELHA, no uso de suas atribuições que lhe confere o artigo 62, inciso II da Lei Orgânica Municipal, **RESOLVE:**
Art. 1º - Qualificar como Organizações Sociais as instituições abaixo descritas, ante o cumprimento dos requisitos exigidos na Lei Municipal nº. 6.214/2019 e Decreto municipal nº. 352/2019:
I – INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, inscrito no CNPJ sob o nº. 05.997.585/0001-80;
II – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO NOSSA SENHORA DA VITÓRIA, inscrita no CNPJ sob o nº. 13.824.560/001-02;
III – INSTITUTO JURÍDICO PARA EFETIVAÇÃO DA CIDADANIA E SAÚDE – AVANTE SOCIAL, inscrito no CNPJ sob o nº. 03.893.350/0001-12;
IV – CENTRO DE ESTUDOS DE GESTÃO PÚBLICA - SANAR, inscrito no CNPJ sob o nº..05.855.007/0001-09;

Este documento foi assinado digitalmente por MUNICIPIO DE VILA VELHA.
Para verificar a assinatura utilizando o Adobe Reader®, baixe o arquivo PDF desta edição em seu computador.

ATESTAÇÕES

SALVADOR - BA
(71) 2132-2477
AV. TANCREDO NEVES, 620,
SALA 602,CAMINHO DAS
ÁRVORES, SALVADOR - BA
CEP: 41.820-020

SÃO PAULO - SP
(11) 3845-1115
RUA ALCIDES LOURENÇO
DA ROCHA,167, SALA 71,
BROOKLIN, SÃO PAULO - SP
CEP: 04.571-110

UNIDADES
BAHIA
MINAS GERAIS
RIO DE JANEIRO
SÃO PAULO
SERGIPE
insvsaude.org

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINT. DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS / HOSPITAL NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, instituição sem fins lucrativos, com atuação na área de saúde, sediada na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Oliveira dos Campinhos, CEP: 44.200-000, Estado da Bahia, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02 prestou serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com atendimento hospitalar (internação), atendimento ambulatorial, atendimento de urgências e emergências (referenciada ou não referenciada) e serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo no Hospital Nossa Senhora da Vitória, mantendo de forma satisfatória, cumprindo os prazos e metas estabelecidas no Plano Operativo (POA), Anexo I, tendo como objeto a prestação de serviço assistencial de alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, em Hospital Geral de Grande porte. A prestação de serviço retro mencionada contou com: Serviços Emergência/Urgência, de Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, UTI Adulta Tipo II, UTI II Adulta, Leitos Cirúrgicos, Leitos Clínica Geral, Leitos Saúde Mental, Leito Psiquiátrico, Leito de Reabilitação, Leito de Pneumologia e Serviços Ambulatoriais. Restou inclusa na referida execução contratual gestão em Maternidade, incluindo serviços assistenciais e de apoio voltados à atenção materno-infantil; assistência ambulatorial e hospitalar multiprofissional ao pré-natal, parto, puerpério e ginecologia; assistência neonatal desde o nascimento até a alta hospitalar; e a realização de exames auxiliares de diagnose e terapia. Para tanto o Hospital conta com estrutura composta por: Leitos Pediátricos, Leitos Obstétricos Cirúrgicos, Leitos Obstétricos Clínicos e Serviços Ambulatoriais, para 76 (setenta e seis) leitos, no período de 25/05/2007 a 20/04/2010, em conformidade com o objeto do Contrato 24/2007.

Salvador/BA, 20/08/2019.

Naia Neves de Lucena
DIRETORA / DICON
CAD. 19.453.216-3

Naia Neves de Lucena

Diretora DICON

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549201221194375053 9
CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 13549201221194375053 9-1
Data: 20/12/2021 17:32:53
Valor Total do Ato: R$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AMH45457-C3TU;
CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular
TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em segunda-feira, 20 de dezembro de 2021 17:44:07 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **03/01/2022 12:30:54 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135492012211943750539-1
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5df42c63d444f6e9e40d96be8f17ac6fc54e65c7ab3f954966f4f5c2b540cecbe3e0db7659e32b8bad09f8b4299e05050d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINT. DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS / HOSPITAL NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, instituição sem fins lucrativos, com atuação na área de saúde, sediada na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Oliveira dos Campinhos, CEP: 44.200-000, Estado da Bahia, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02 prestou serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com atendimento hospitalar (internação), atendimento ambulatorial, atendimento de urgências e emergências (referenciada ou não referenciada) e serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo no Hospital Nossa Senhora da Vitória, mantendo de forma satisfatória, cumprindo os prazos e metas estabelecidas no Plano Operativo (POA), Anexo I, para os 76 leitos, no periodo de 16/12/2008 a 28/02/2012, em conformidade com o objeto do Contrato 476/2008.

Salvador/BA, 20/08/2019.

Naia Neves de Lucena
DIRETORA / DICON
CAD. 18.453.216-3

Naia Neves de Lucena
Diretora DICON

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549201221027410090 9

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 13549201221027410090 9-1
Data: 20/12/2021 17:32:55
Valor Total do Ato: R$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AMH45458-S524;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular
TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em segunda-feira, 20 de dezembro de 2021 17:44:07 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **03/01/2022 12:30:20 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135492012210274100909-1
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5df42c63d444f6e9e40d96be8f17ac6fdf4188b2e0de6d9a0f8b3997bc9cb0f118501628f690a055233ebee6ee378d700d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001.

ICP Brasil

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINT. DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS / HOSPITAL NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, instituição sem fins lucrativos, com atuação na área de saúde, sediada na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Oliveira dos Campinhos, CEP: 44.200-000, Estado da Bahia, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02 prestou serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com atendimento hospitalar (internação), atendimento ambulatorial, atendimento de urgências e emergências (referenciada ou não referenciada) e serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo no Hospital Nossa Senhora da Vitória, mantendo de forma satisfatória, cumprindo os prazos e metas estabelecidas no Plano Operativo (POA), Anexo I, para os 32 leitos, no período de 12/12/2011 a 12/12/2012, em conformidade com o objeto do Contrato 114/2011.

Salvador/BA, 20/08/2019.

Naia Neves de Lucena
DIRETORA / DICON
CAD. 19.453.216-3

Naia Neves de Lucena

Diretora DICON

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/135492012217866072042

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 135492012217866072042-1
Data: 20/12/2021 17:32:57
Valor Total do Ato: R$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AMH45459-3QJ2;

Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
CNJ: 06.870-0
Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular
TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em segunda-feira, 20 de dezembro de 2021 17:44:07 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **03/01/2022 11:50:12 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135492012217866072042-1
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5df42c63d444f6e9e40d96be8f17ac6fb6a193edee78315ed3ea79070bc4f87e0269eda97e0e1570cefcbfaa15d419de0d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINT. DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS / HOSPITAL NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, instituição sem fins lucrativos, com atuação na área de saúde, sediada na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Oliveira dos Campinhos, CEP: 44.200-000, Estado da Bahia, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02 prestou serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com atendimento hospitalar (internação), atendimento ambulatorial, atendimento de urgências e emergências (referenciada ou não referenciada) e serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo no Hospital Nossa Senhora da Vitória, mantendo de forma satisfatória, cumprindo os prazos e metas estabelecidas no Plano Operativo (POA), Anexo I, para os 32 leitos, no período de 20/12/2012 a 20/12/2014, em conformidade com o objeto do Contrato 434/2012.

Salvador/BA, 20/08/2019.

Naia Neves de Lucena
DIRETORA / DICON
CAD. 19.453.216-3

Naia Neves de Lucena
Diretora DICON

4ª avenida, Plataforma 06, lado B, nº. 400 – Prédio da Justiça – 1º andar, CAB – Cep 41.745-002 – Salvador-Ba
SESAB – Fone: (71) – 3115-4107

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549201221047486739 5

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 13549201221047486739 5-1
Data: 20/12/2021 17:32:59
Valor Total do Ato: R$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AMH45460-5EJ3;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular
TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em segunda-feira, 20 de dezembro de 2021 17:44:07 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **03/01/2022 11:49:43 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135492012210474867395-1
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5df42c63d444f6e9e40d96be8f17ac6f846cb6f221548dfd1f9c09db6f101d14269642c343dae3ec45934cb6f0378f6b0d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINT. DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS / HOSPITAL NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, instituição sem fins lucrativos, com atuação na área de saúde, sediada na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Oliveira dos Campinhos, CEP: 44.200-000, Estado da Bahia, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02 prestou serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com atendimento hospitalar (internação), atendimento ambulatorial, atendimento de urgências e emergências (referenciada ou não referenciada) e serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo no Hospital Nossa Senhora da Vitória, mantendo de forma satisfatória, cumprindo os prazos e metas estabelecidas no Plano Operativo (POA), Anexo I, para os 19 leitos, no período de 10/01/2013 a 10/07/2013, em conformidade com o objeto do Contrato 001/2013.

Salvador/BA, 20/08/2019.

Naia Neves de Lucena
DIRETORA / DICON
CAD. 19.453.216-3

Naia Neves de Lucena
Diretora DICON

4ª Avenida, Plataforma 06, lado B, nº. 400 – Prédio da Justiça – 3º andar, CAB – Cep 41.745-002 – Salvador-Ba
SESAB – Fone: (71) – 3115-4107

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em segunda-feira, 20 de dezembro de 2021 17:44:07 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Oficio de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/135492012210584055864

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 135492012210584055864-1
Data: 20/12/2021 17:33:00
Valor Total do Ato: R$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AMH45461-29QY;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular
TJPB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **03/01/2022 11:47:06 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135492012210584055864-1
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5df42c63d444f6e9e40d96be8f17ac6f658c2112c78ce7eccf9a0c56a9ba2779e20dde6895ac4a512e5ff116743668850d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINT. DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS / HOSPITAL NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, instituição sem fins lucrativos, com atuação na área de saúde, sediada na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Oliveira dos Campinhos, CEP: 44.200-000, Estado da Bahia, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02 prestou serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com atendimento hospitalar (internação), atendimento ambulatorial, atendimento de urgências e emergências (referenciada ou não referenciada) e serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo no Hospital Nossa Senhora da Vitória, mantendo de forma satisfatória, cumprindo os prazos e metas estabelecidas no Plano Operativo (POA), Anexo I, para os 27 leitos, no período de 11/11/2014 a 11/05/2016, em conformidade com o objeto do Contrato 98/2014.

Salvador/BA, 20/08/2019.

Naia Neves de Lucena
DIRETORA / DICON
CAD. 19.453.216-3

Naia Neves de Lucena
Diretora DICON

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549201221194239748 9

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 13549201221194239748 9-1
Data: 20/12/2021 17:33:04
Valor Total do Ato: R$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AMH45463-4HRB;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular
TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em segunda-feira, 20 de dezembro de 2021 17:44:07 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **03/01/2022 11:17:40 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135492012211942397489-1
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5df42c63d444f6e9e40d96be8f17ac6f674141c088b29b5a4338b786d9e8476c08866c01d0c7a0da7d60e03344fb8f690d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINT. DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS / HOSPITAL NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, instituição sem fins lucrativos, com atuação na área de saúde, sediada na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Oliveira dos Campinhos, CEP: 44.200-000, Estado da Bahia, inscrita no CNPJ nº 13.824.560/0001-02 prestou serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com atendimento hospitalar (internação), atendimento ambulatorial, atendimento de urgências e emergências (referenciada ou não referenciada) e serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo no Hospital Nossa Senhora da Vitória, mantendo de forma satisfatória, cumprindo os prazos e metas estabelecidas no Plano Operativo (POA), Anexo I, para os 20 leitos, no período de 01/10/2016 a 31/12/2016, em conformidade com o objeto do Contrato 90/2016.

Salvador/BA, 20/08/2019.

Naia Neves de Lucena
DIRETORA / DICON
CAD. 18.453.216-3

Naia Neves de Lucena
Diretora DICON

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549201221361211921 6

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 13549201221361211921 6-1
Data: 20/12/2021 17:33:02
Valor Total do Ato: R$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AMH45462-Z8M5;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular
TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em segunda-feira, 20 de dezembro de 2021 17:44:07 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2°-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **03/01/2022 11:18:08 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135492012213612119216-1
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5df42c63d444f6e9e40d96be8f17ac6fa018ebed6415bb309ab372e83f342b3153975d0854a744a654dfdfac5ff983ed0d7
8f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE SAÚDE / DEPART. ADM. FINANCEIRO / SETOR DE COMPRAS
Rua Francisco Drummond, s/nº - Centro Administrativo
CEP: 42.800-000 – Camaçari-BA
Telefone: (71) 3621-4643 / 3627-3743
Email: Camacari.compras@gmail.com

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido da interessada e para fins de prova, aptidão de desempenho e atestado de execução, que a Organização sem fins lucrativos **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ sob o nº. 13.824.580/0001-02, com endereço à Rua Coronel Sebastião Dias, snº, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP 44.200-000, vem cumprindo, integralmente e de modo satisfatório a prestação dos serviços abaixo discriminados à Secretaria de Saúde, da Prefeitura Municipal de Camaçari, inscrita no CNPJ sob nº 14.109.763/0001-80, situada na Rua Francisco Drummond, s/nº, Centro Administrativo, na cidade de Camaçari – Bahia, CEP.: 42.800-000.

Atestamos ainda, que até a presente data não houve nenhum fato que desabone sua qualificação Técnica - Profissional.

Em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS, tendo o referido Instituto a propriedade sobre esse equipamento de saúde, com as seguintes atividades.

Discriminam-se abaixo os serviços prestados na gestão:

- **Gestão de 21 (vinte e um) Leitos de Urgência, Emergência e Internamento, com Unidade de Estabilização, conforme Contrato nº 0351/2020.**

Objeto do Contrato: Contratação emergencial de pessoa jurídica de direito privado com ou sem fins lucrativos para prestação de serviços através da oferta de leitos de internamento, incluindo toda a estrutura física e funcional necessária, recursos humanos, tecnológicos, com funcionamento todos os dias da semana, 24 horas por dia.

Termo de Dispensa: 0021/2020

Camaçari, 21 de Julho de 2020.

PMC - SECRETARIA DE SAÚDE
Georgia Santos Farias Alves
Matr.: 9876-0

Georgia Santos Farias Alves
Cadastro: 9876-0
Coordenação Contratos /compras – SESAU

Documento Autenticado Digitalmente de acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato.
O referido é verdade. Dou fé. ********** Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/135490409208439689969

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 135490409208439689969-1
Data: 04/09/2020 14:55:57
Valor Total do Ato: R$ 4,56
Selo Digital Tipo Normal C: AKL56889-6ADA;
CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular
TJPB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARA para os devidos fins de direito que, o documento em anexo identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[2].

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **29/09/2020 16:54:22 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA** ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br

Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o *Código de Autenticação Digital.*.

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]Código de Autenticação Digital: 13549040920843968996 9-1
[2]Legislações Vigentes: Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013 e Provimento CGJ Nº 003/2014.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b124fd8fd3554706c8d42db0ea14a3cfcb7599b34df91851874ee9bdfa696d17ca56f22b9425dd1db3561afccd9e5d3dd0d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE SAÚDE / DEPART. ADM. FINANCEIRO / SETOR DE COMPRAS
Rua Francisco Drumond, s/nº - Centro Administrativo
CEP: 42.800-000 – Camaçari-BA
Telefone: (71) 3621-6643 / 3627-3743
Email: Camaçari.compras@gmail.com

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido da interessada e para fins de prova, aptidão de desempenho e atestado de execução, que a Organização sem fins lucrativos **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ sob o nº 13.824.560/0001-02, com endereço à Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, CEP: 44.200-000, vem cumprindo, integralmente e de modo satisfatório a prestação dos serviços abaixo discriminados à Secretaria de Saúde, da Prefeitura Municipal de Camaçari/BA, inscrita no CNPJ sob o nº 14.109.763/0001-80, situada na Rua Francisco Drummond, s/n, Centro Administrativo, na cidade de Camaçari – Bahia, CEP: 42.800-000.
Atestamos ainda, que até a presente data não houve nenhum fato que desabone sua qualificação Técnica-Profissional
Em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS, tendo o referido Instituto a propriedade sobre esse equipamento de saúde, com as seguintes atividades.

Discriminam-se abaixo, dentre os serviços prestados na gestão:

- **Gestão de 21 (vinte e um) Leitos Intermediários de Internamento, com Unidade de Estabilização, conforme Contrato nº 0351/2020, contando com 82 (oitenta e dois) funcionários e 14 (quatorze) médicos, totalizando 96 (noventa e seis) colaboradores.**

Objeto do Contrato: Contratação emergencial de pessoa jurídica de direito privado com ou sem fins lucrativos para prestação de serviços através da oferta de leitos de internamento, incluindo toda a estrutura física e funcional necessária, recursos humanos, tecnológicos, com funcionamento todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia.
Termo de Dispensa: 0021/2020

Camaçari, 02 de Outubro de 2020.

PMC - SECRETARIA DE SAÚDE
Georgia Farias
Matr.: 9870-0

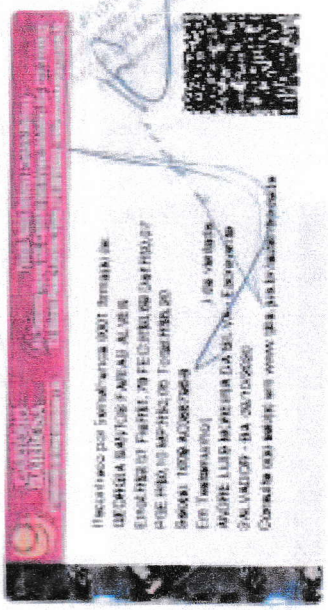
Georgia Santos Farias Alves
Cadastro: 9870-0
Coordenação Contratos/Compras - SESAU

Elisangela Xavier dos Santos
CRA-BA n. 29121 Responsável técnico(a)

Amanda santos Amorim
COREN-BA n.575176 ENF Responsável técnico(a)

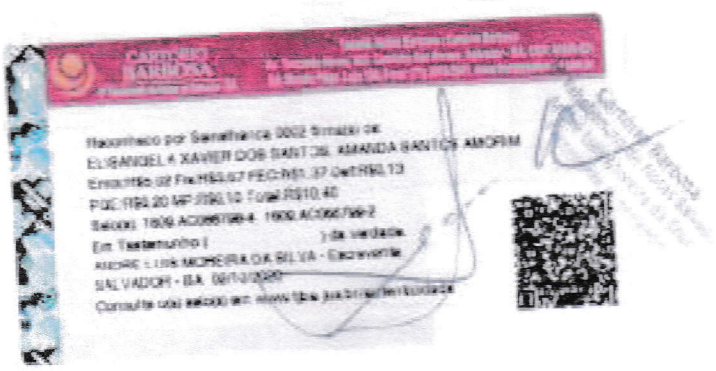
Amanda S. Amorim
COREN-BA 575176 ENF

RECONHECIMENTO NO VERSO



Documento Autenticado Digitalmente de acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato.
O referido é verdade. Dou fé. ********** Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/135491410203159199880

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 135491410203159199880-1
Data: 14/10/2020 09:49:19
Valor Total do Ato: R$ 4,56
Selo Digital Tipo Normal C: AKO24374-OGRE;
CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular
TJPB



Documento Autenticado Digitalmente de acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato.
O referido é verdade. Dou fé. ********** Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/135491410203159199880

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 135491410203159199880-2
Data: 14/10/2020 09:49:20
Valor Total do Ato: R$ 4,56
Selo Digital Tipo Normal C: AKO24375-GVHU;
CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Bel. Válber Azevedo de Miranda Cavalcanti
Titular
TJPB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARA para os devidos fins de direito que, o documento em anexo identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[2].

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **14/10/2020 09:53:48 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA** ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br

Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o *Código de Autenticação Digital*..

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135491410203159199880-1 a 135491410203159199880-2
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013 e Provimento CGJ Nº 003/2014.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b2b8b971ff54e62a28c0f9ab2b38e30048e14d948100e7e84f53b124d6350e200591211678e5b41a13c1a7eb4e0f6c7510d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

PREFEITURA DE
QUISSAMÃ

ATESTADO DE CAPACITADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins a quem interessar, que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA – INSV – INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, pessoa juridica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 13.824.560/0001-02, com sede na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, bairro Centro, Distrito de Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro, Bahia, Brasil, CEP: 44.200-000, presta serviço de gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde ao Municipio de Quissamã, inscrita no CNPJ sob o nº 31.505.027/0001-60, através do Contrato de Gestão nº 001/2020, desde 01 de março de 2020 até o presente momento, considerando o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, renovado por igual período através de Termo Aditivo.

O Contrato de **Gestão nº 001/2020** tem por objetivo a Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde na operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do **HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS (HMMMJ)**, localizado na AV AMILCAR PEREIRA DA SILVA, Nº138, BAIRRO MATO DE PIPA, **da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MÁRIO BARROS WAGNER,** localizada na RUA FREDERICO MANHAES BOA MORTE, Nº S/N, BAIRRO BARRA DO FURADO, ambos em regime de 24 horas dia, do **CENTRO DE SAÚDE BENEDITO PINTO DAS CHAGAS**, localizadas na AV FRANCISCO DE ASSIS CARNEIRO DA SILVA, Nº 560, BAIRRO ALTO ALEGRE, e **UNIDADES DE PSF/UBS E SERVIÇOS AMBULATORIAIS ESPECIFICOS,** todas as unidade no Municipio de Quissamã-RJ, assegurando assistência universal e gratuita à população.

Atesto ainda que os serviços prestado pela SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA são de excelente qualidade e eficiência, tendo cumprido todos os prazos e a execução do Plano de Trabalho.

Atualmente a estrutura hospitalar, com mais de 80 (oitenta) Leitos, de prestação de serviços de baixa, media e alta complexidade referente ao Contrato de Gestão 001/2020 é composta por: Serviços Emergenciais/Urgências, de Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, 06 (seis) leitos de UTI Adulta e 10 (dez) leitos de UTI para Covid-19, Unidades de Isolamento, Leitos Cirúrgicos, Leitos Clinicos Geral, Leitos Saúde Mental, Leito Psiquiatria, Leitos de Reabilitação, Leitos de Pneumonia, Leitos Pediátricos, Leitos Obstétricos Cirúrgicos, Leitos Obstétricos Clinicos, Leitos para Covid-19 e Serviços Ambulatoriais, com a média superior a 10.000 (dez mil) atendimentos hospitalares.

O CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS DE QUISSAMÃ corresponde ao serviço ambulatorial com consultas e procedimentos diagnosticos previstos em nivel ambulatorial, correspondendo ao corpo clinico com 18 médicos especialistas, divididos em 17 especialidades a saber: reumatologia , otorrinolaringologia, dermatologia, angiologia, ortopedia, Proctologia, pneumologia, infectologia, nefrologia, mastologia, medicina do trabalho, endocrinologia, ginecologia e cirúrgica.

Além destes, o serviço dispõe de atendimentos com procedimentos e ambulatório de alta complexidade a saber: pré-natal de alto risco, histeroscopia diagnostica (ginecologia), patologista cervical (rastreio oncológico para câncer de colo uterino).

Ademais, há prestação de serviços nas UNIDADES DE PSF/UBS E SERVIÇOS AMBULATORIAIS ESPECIFICOS, que corresponde ao serviço ambulatorial tipo e PSF/UBS de 3 unidades do município, sendo PSF/UBS CAXIAS, PSF/UBS CENTRO e AMBULATÓRIO DE CAPS.

Ressalto que todos os ambulatorios são semanais, em dias fixos e com marcação via secretaria de saúde municipal, além dos realizados na Unidade de Pronto Atendimento e no Centro de Especialidades, cumprindo o plano de trabalho, quantitativamente e qualitativamente.

Declaramos, ainda, que na prestação dos mencionados serviços ocorreram com bom desempenho tecnico operacional, nada constando a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA fatos que desabone sua atuação até a presente data.

Quissamã/RJ, 09 de setembro de 2022.

NILTON PINTO
Secretário Municipal de Saúde
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ

Nilton Pinto
Secretário Municipal de Saúde
Mat.: 338

OFÍCIO ÚNICO DO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ
Rua Visconde de Quissama nº 98 - Loja - Centro-Quissamã/RJ
CEP: 28735-000 Tel. (22) 2766-2194 / 2766-6089 - Tabelião - Rony Firmo Oliveira

RECONHECO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE: NILTON PINTO

EMOLUM: 7,14 FUNDOS: 1,35 TOTAL ATO: 8,49
QUISSAMÃ 11/10/2022
Conferido por _____ Em Testo _____ Verdade

EEHI 94855 JNQ

NATACHA DOS SANTOS MORAES - ESCREVENTE
Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

PREFEITURA DE
GUARULHOS

ATESTADO DE CAPACITADE TÉCNICA

Atesto, para os devidos fins a quem interessar, que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 13.824.560/0001-02, com sede na Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, bairro Centro, Distrito de Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro, Bahia, Brasil, CEP: 44.200-000, presta serviço de gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde na Unidade de Pronto Atendimento Taboão, assegurando assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, ao Município de Guarulhos, através de sua Secretária de Saúde, por intermédio do Contrato de Gestão Emergencial nº 14502/2020 e do Contrato de Gestão n. 4322/2021, desde 23 de dezembro de 2020, até a presente data, de forma satisfatória.

Destarte que durante o período apontado a Unidade de Pronto Atendimento Taboão manteve-se de portas abertas de maneira ininterrupta 24 horas por dia, realizando atendimentos nas especialidades de clínica médica, ortopedia, pediatria e odontologia, possuindo, em média, 10.000 (dez mil) atendimentos mensais.

Atesto ainda que os serviços prestados pela SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA foram executados satisfatoriamente, não constando, em nossos registros, até a presente data, fatos que desabonem sua conduta e responsabilidade com as obrigações assumidas nos Contratos de Gestão.

Guarulhos/SP, 24 de maio de 2022.

JULIO CARDOSO DO PRADO JUNIOR
Secretário de Saúde em Exercício

Secretário Municipal de Saúde
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS

Scanned with CamScanner

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549250522110012143 3

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 13549250522110012143 3-1
Data: 25/05/2022 11:49:26
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANA51904-YFRE;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quarta-feira, 25 de maio de 2022 12:17:48 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **25/05/2022 12:48:18 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135492505221100121433-1
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b0362cca1b50ef018a7d843cdc92dd2fff5f8d2a1f2919d44ddde4b290339d5c8a33539407c56da18bf4002391c2c6ef40d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

Referente ao Processo nº 140472 /2022

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – SMS, CNPJ nº. 13.927.801/0005-72, situada na Rua da Grécia nº 03, Edf. Caramuru, Comércio, Salvador/Bahia, atesta, para os devidos fins, que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHO – INSV - INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ sob o nº 13.824.560/0001-02, situado à Rua Coronel Sebastião Dias, s/n, Oliveira dos Campinhos-Santo Amaro/BA- CEP 44.200-00, entidade qualificada como Organização Social (OS) atua na Gestão, Planejamento, Operacionalização e Execução das ações e serviços de saúde Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ADROALDO ALBERGARIA, através do contrato de gestão nº 018/2021 e seus aditivos do periodo de 20/01/2021 até 21/12/2021 e o contrato de gestão nº 490/2021 do periodo de 22/12/2021 até presente data com esta Secretaria Municipal de Saúde.

Salvador, 14 de setembro de 2022.

Aline Ribas Florêncio
Subgerente de Acompanhamento da Pré-Hospitalar

Décio Martins Mendes Filho
Secretário Municipal da Saúde

Laranjeiras - Sergipe

PREFEITURA DE LARANJEIRAS

SECRETARIA DE SAÚDE

GABINETE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL

ATESTAMOS, para fins de prova, que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 13.824.560/0001-02, com sede na Avenida Tancredo Neves nº 620, Edifício Mundo Plaza, sala 602, Caminho das Árvores, Salvador/BA, CEP 41.820-020 e sua mantenedora na Rua Coronel Sebastião Dias, S/N, Centro, Oliveira dos Campinhos, Santo Amaro/BA, firmou Contrato com o Município de Laranjeiras, conforme informações abaixo:

Contrato nº 28/2021

Prazo de vigência: 07/05/2021 a 06/05/2023

Objeto: O presente CONTRATO tem por objeto a gestão da execução dos serviços de urgência e emergência, e demais ações de saúde a serem realizadas na Unidade de Pronto Atendimento **SÃO JOÃO DE DEUS**, que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 (vinte e quatro) horas/dia, localizada na Rua da Estação, s/n, Tramandaí, Laranjeiras/SE, CEP 49.170-000, tendo como requisitos mínimos as ações apresentadas no Plano de Trabalho conjuntamente definido entre as partes, com fulcro na Lei Federal nº 13.019/2014.

Declaramos a Capacidade Técnica e Operacional da **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 13.824.560/0001-02, na gestão da Unidade de Pronto Atendimento **SÃO JOÃO DE DEUS**, no gerenciamento e na condução das ações assistenciais, segurança do paciente por meio de gestão de riscos, nos serviços de urgência e emergências, de acordo com a Política Nacional de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, demonstrando excelente nível de desempenho, atendimento as metas estabelecidas, bem como possuindo equipe titulada nas áreas de assistência, cumprindo fielmente os termos firmados.

Laranjeiras/SE, 18 de Maio de 2022

Gabriela Oliveira do Nascimento Carvelho

Secretária Municipal de Saúde

Fundo Municipal de Saúde

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em segunda-feira, 23 de maio de 2022 14:30:44 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549230522322501375 3

CARTÓRIO

Autenticação Digital Código: 13549230522322501375 3-1
Data: 23/05/2022 14:07:33
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AMZ99403-8131;

CNJ: 06.870-0

Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2°-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **23/05/2022 15:05:27 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135492305223225013753-1
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05be3c63df2608e86def8394f1fb1fda5a6c9a4d2ef239cb979bb3488227ea2b49675b9e2dd6390cd574d6f512d7b3d844f0d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

Prefeitura de Ibotirama

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins, e a quem interessar possa que a Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos – INSV - Instituto Nossa Senhora da Vitória, inscrito no C.N.PJ sob número 13.824.560/0001-02 realizou os serviços constantes na ata de registro de preços pregão presencial-SRP Nº.003/2021-FMS/BA, com o objeto: Registro de Preços para futura e eventual Contratação de pessoa jurídica especializada na prestação de serviços de consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, no atendimento em caráter complementar, aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS, realizados no regime de mutirão, com estrutura adequada, a fim de atender as demandas reprimidas da Secretaria Municipal de Saúde de Ibotirama. Realizada no Município de 20 a 28 de setembro de 2021, com o atendimento de 1320 consultas, 2720 ultrassonografias diversas, 120 ecocardiogramas, 150 tonometrias, 150 mapeamento de retina, 50 capsulotomia, e 50 eletroencefalograma, com estrutura composta de carretas móveis, toldos e gerador e executou de forma satisfatória, e até a presente data nada consta que desabone a conduta moral e profissional da empresa.

Ibotirama-BA, 29 de novembro de2021.

Laércio Silva de Santana
Prefeito Municipal

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Venancio Luiz Gomes Fernandes, em segunda-feira, 6 de dezembro de 2021 10:59:33 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549061221966628964 7

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 13549061221966628964 7-1
Data: 06/12/2021 10:55:47
Valor Total do Ato: R$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AMH34677-HSSU;

CNJ 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Valber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **14/02/2022 08:31:37 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]Código de Autenticação Digital: 135490612219666289647-1
[2]Legislações Vigentes: Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05bbcb926c4379e5e21748c2e98b22167cc52a4a5c893340ae13e8d492641bce714c65c92645b105799edbd20332f52ae970d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins, e a quem possa interessar que a Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos – INSV – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória, inscrita no CNPJ sob o número 13.824.560/0001-02 prestou serviço de ações de saúde descentralizados com a realização de consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, em Unidade Móvel, decorrentes do Processo Administrativo nº 4015/2021, Edital de Pregão Eletrônico nº 036/2021, Ata de Registro de Preços nº 002/2022, conforme se discrimina a seguir: 3.685 consultas especializadas; 300 Ecocardiogramas, 85 Eletroencefalogramas, 300 Endoscopias Digestiva Alta, 130 Preventivos Ginecológicos e 4.000 Ultrassonografias diversas. A execução dos serviços ocorreu de forma satisfatória, e até a presente data nada consta que desabone a conduta moral e profissional da empresa.

Serrinha - BA

Alexandre Pires Nobrega Tahim
Secretário Municipal de Saúde
Serrinha - Bahia

CÓPIA COLORIDA

Alexandre P. Nobrega Tahim
Secretário de Saúde
Port: 07/2021

Tabelionato de Notas e Protestos de Serrinha/BA

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) de ALEXANDRE PIRES NOBREGA TAHIM

Em testemunho da verdade. Jade De Paula Santos
Escrevente Autorizada. A etiqueta só tem validade acompanhada do QR Code. - Serrinha - BA, 11/8/2022
Valor do Ato: R$ 6,00 Emol: R$ 2,90 Taxa: R$ 3,10

2276.AB540460-6
SELO RECONHECIMENTO
www.tjba.jus.br/autenticidade

Jade de Paula Santos
Escrevente Autorizada de Notas
Comarca de Serrinha - Bahia

SUS Prefeitura de BETIM

ATESTADO CAPACIDADE TÉCNICA

O Município de Betim-MG, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM-MG/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito no CNPJ sob o nº 13.064.113/0001-00, com sede na Rua Pará de Minas, nº 640, Bairro Brasiléia, CEP 32600-412, na Cidade de Betim, Estado de Minas Gerais, neste ato representado pela SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, SRA. FERNANDA DE OLIVEIRA DOS ANJOS, declara para os devidos fins que, a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS/INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV, situada na Rua Cel. Sebastião Dias, s/n, Bairro Oliveira dos Campinhos, na Cidade de Santo Amaro, Estado da Bahia, CEP: 44.215-000, Telefone (71) 3561-0310 e Endereço Eletrônico (e-mail:) presidente@insvsaude.org, inscrita no CNPJ sob o nº 13.824.560/0001-02, presta serviços através da realização de atividades de interesse público consubstanciado na prestação de serviços técnicos especializados de operacionalização, gerenciamento e execução de atividades, ações e serviços de saúde, com fomento de ações de relacionadas ao bom funcionamento do Centro Materno Infantil (CMI), constituinte da Rede de Atenção à Saúde de Betim – Minas Gerais, abrangendo ainda ações de pesquisa, promoção, prevenção, atendimento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, conforme especificações, quantitativos, regramentos e legislação aplicável, em atendimento às demandas da Secretaria Municipal de Saúde, em consonância com as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), através do contrato de gestão **nº FMS0157/2021**.

Capacidade Instalada Centro Materno Infantil: Cento e Trinta Três (133) leitos existentes SUS, sendo

1º ANDAR – 23 (vinte e três) Leitos e serviços de apoio;

Recepção Geral;

Acolhimento com Classificação de Risco - ACRO: 01 (uma) Sala;

Consultórios: 03 (três) Salas;

Sala de Decisão Clínica, Cardiotocografia e Observação: 03 (três) Salas;

Consultório de Ultrassonografia: 01 (uma) Sala;

Farmácia Satélite: 01(uma) Sala;

Centro de Parto Normal: 05 (cinco) Leitos de PPP (pré parto, parto e pós parto) imediato;

Pré parto de Indução - PPI: 04 (quatro) Enfermarias com 04 (quatro) Leitos – Total 16 (dezesseis) leitos;

PPP - 02 (dois) leitos;

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549250522742195728 7

CARTÓRIO Autenticação Digital Código: 13549250522742195728 7-1
Data: 25/05/2022 10:18:45
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANA51832-M99K;

CNJ: 06.870-0 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quarta-feira, 25 de maio de 2022 11:34:30 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BO (04 (quatro) Salas Cirúrgicas) Sala de Parto, Cirurgia e Curetagem, 01 (uma) Sala de Recuperação anestésica com 05 (cinco) leitos

2º ANDAR – 44 (quarenta e quatro) Leitos Neonatais e 6 (seis) Leitos Pediátricos:

20 (vinte) leitos de UCINco;

20 (vinte) leitos de UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA;

04 (quatro) de UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA Pediátrica;

06 (seis) UCINCA – Canguru

3º ANDAR ALOJAMENTO CONJUNTO E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO – 30 (trinta) Leitos Obstétricos:

Leitos para gestantes alto risco

04 (quatro) Leitos cangurus;

08 (oito) Leitos de alojamento materno:

Puérperas

Puérpera egressa do CTI

Puérperas em tratamento clínico com RN;

Puérperas em Aleitamento Materno;

Puérperas com RN que necessita de fototerapia

4º ALOJAMENTO CONJUNTO E SALA DE VACINA – 30 (trinta) Leitos;

Puérperas

Puérpera egressa do CTI;

Puérperas em tratamento clínico com RN

Puérperas em Aleitamento Materno;

Puérperas com RN que necessita de fototerapia

5º e 6º LEITOS CLÍNICOS (Á VOCACIONAR) (30 (trinta) LEITOS EM CADA ANDAR)

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549250522742195728 7

CARTÓRIO Autenticação Digital Código: 13549250522742195728 7-2
Data: 25/05/2022 10:18:46
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANA51833-9MH4;

CNJ: 06.870-0 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular
TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quarta-feira, 25 de maio de 2022 11:34:30 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Neste primeiro momento esses andares (5º e 6º) não serão ocupados, cabendo a Secretaria Municipal de Saúde de Betim, a definição da tipologia e quantitativo de leitos a serem implantados.

7º ANDAR

Administrativo;

Refeitório

Compete ao INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV:

Planejar e gerenciar a execução das atividades desenvolvidas no âmbito do Centro Materno Infantil 24 HORAS, referentes à: Gestão financeira, gestão de pessoas, gestão assistencial e gestão operacional, em conformidade com às determinações do contrato de gestão **nº FMS0157/2021.**

Participar das instâncias colegiadas junto a Secretaria Municipal de Saúde, quando convocada.

Participar ativamente do Conselho Municipal de Saúde e demais formalidades, quando solicitado;

Consolidar e gerenciar os resultados do Centro Materno Infantil, quanto aos indicadores e produtividade/faturamento.

Atestamos que o INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV efetua com zelo, dedicação e seriedade às suas atividades, demonstrando desde o início o seu forte senso de responsabilidade, possuindo conhecimento técnico necessários na área da saúde e gestão.

Nestes termos, firmo o presente.

Betim, 24 de maio de 2022

Fernanda de Oliveira dos Anjos
Secretária Municipal de Saúde
SMS-Betim/MG

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quarta-feira, 25 de maio de 2022 11:34:30 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549250522742195728 7

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 13549250522742195728 7-3
Data: 25/05/2022 10:18:46
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANA51834-DERD;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **25/05/2022 12:11:53 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135492505227421957287-1 a 135492505227421957287-3
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b0362cca1b50ef018a7d843cdc92dd2ffdf8e0dc010a626f5381e56b8d9fcdf66935b60f628100d0f61223fc22c45ad310d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO CAPACIDADE TÉCNICA

O **HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDÚ**, através de seu Diretor Geral, inscrito no CNPJ sob o nº 13.824.560/0006-17, com sede na Av. das Nações, S/N, Bairro Limoeiro, CEP 32850-000, na Cidade de Paraíba do Sul, Estado do Rio de Janeiro, neste ato representado pela Diretor Geral, Dr. Luiz Carlos Zacaron Júnior , CRM RJ 5285020-9, declara para os devidos fins que, a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS/INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV, situada na Rua Cel. Sebastião Dias, s/n, Bairro Oliveira dos Campinhos, na Cidade de Santo Amaro, Estado da Bahia, CEP: 44.215-000, Telefone: (71) 3561-0310 e Endereço Eletrônico (e-mail:) presidente@insvsaude.org, inscrita no CNPJ sob o nº 13.824.560/0001-02, presta serviços através da realização de atividades de interesse público consubstanciado na prestação de serviços técnicos especializados de operacionalização, gerenciamento e execução de atividades, ações e serviços de saúde, com fomento de ações relacionadas ao bom funcionamento do HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDÚ, constituinte da Rede de Atenção à Saúde do Rio de Janeiro, abrangendo ainda ações de pesquisa, promoção, prevenção, atendimento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, conforme especificações, quantitativos, regramentos e legislação aplicável, em atendimento às demandas da Secretaria Estadual de Saúde, em consonância com as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), através do **contrato de gestão nº 011/2021**.

Capacidade Instalada HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDÚ:

Salas Cirúrgicas - 06;
Leitos de Recuperação Pós-Anestésica - 08;
Leitos de Terapia Intensiva - 10;
Leitos de Internação - 70;
Salas de Radiologia Geral - 02;

Hospital de Trauma-Ortopedia Dona Lindu
CNPJ: 13.824.560/0006-17 Inscrição Estadual: Isento
Av. das Nações, S/N - Limoeiro - Paraíba do Sul - RJ - CEP: 25850-000
Telefone: (24) 2263-7600
www.saude.rj.gov.br

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/135490107223813142286
CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 13549010722381314228 6-1
Data: 01/07/2022 12:36:08
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AND98424-CTIK;
CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular
TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 1 de julho de 2022 13:31:53 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Sala de Tomografia Computadorizada - 01;
Salas de Ultrassonografia com Ecocardiograma - 02;
Consultórios para atendimento ambulatorial - 08.

As especialidades a serem contempladas são as previstas em lei e, minimamente, as seguintes:
Medicina Interna;
Terapia Intensiva;
Cirurgia Geral;
Anestesiologia;
Ortopedia e Traumatologia;
Neurocirurgia;
Cirurgia Vascular;
Cardiologia;
Radiologia e Diagnóstico por Imagem;
Infectologia;
Medicina do Trabalho.

A unidade de internação deve prover atenção em:
Cirurgias traumatológicas e ortopédicas;
Atenção de cuidados intensivos para usuários atendidos no perfil da instituição;
Medicina interna e especialidades diversas para suporte aos usuários internados;
Procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (clínicos, cirúrgicos e multiprofissionais) necessários para apoio à atividade-fim, incluindo a medicina física e reabilitação

Compete ao INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV:
Planejar e gerenciar a execução das atividades desenvolvidas no âmbito do **HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU**, 24 HORAS, referentes à: Gestão financeira, gestão de pessoas, gestão assistencial e gestão operacional, em conformidade com às determinações do **contrato de gestão nº 011/2021**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 1 de julho de 2022 13:31:53 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/13549010722381314228 6

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 13549010722381314228 6-2
Data: 01/07/2022 12:36:08
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AND98425-2TU2;

Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
CNJ: 06.870-0

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

SECRETARIA DE SAÚDE

Participar das instâncias colegiadas junto a Secretaria Estadual de Saúde, quando convocada;

Participar ativamente do Conselho Municipal de Saúde e demais formalidades, quando solicitado;

Consolidar e gerenciar os resultados do **HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU**, quanto aos indicadores e produtividade/faturamento.

Atestamos que o INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV efetua com zelo, dedicação e seriedade ás suas atividades, demonstrando desde o inicio o seu forte senso de responsabilidade, possuindo conhecimento técnico necessários na área da saúde e gestão.

Nestes termos, firmo o presente,

Paraiba do Sul, 29 de Junho de 2022

Luiz Carlos Zacaron Jr
Diretor Geral
HTO Dona Lindu
CRM 52 85082 9

Luiz Carlos Zacaron Jr.
Diretor Geral
HTO Dona Lindu

Hospital de Trauma-Ortopedia Dona Lindu
CNPJ: 33.824.560/0006-17 Inscrição Estadual: Isento
Av. das Nações, S/N - Limoeiro - Paraiba do Sul - RJ - CEP: 25850-000
Telefones: (24) 2263-7600
www.saude.rj.gov.br

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 1 de julho de 2022 13:31:53 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/135490107223813142286

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 135490107223813142286-3
Data: 01/07/2022 12:36:08
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AND98426-UKG8;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1400 Torre 58040-000, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **08/07/2022 14:14:49 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135490107223813142286-1 a 135490107223813142286-3
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b27df58eae26501e9b16eed6d7f0c530daff46f51a6f9a052b73a56288d2aa025a845800c4a1ddb4c49b392e8be7832f90d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

ATESTADO CAPACIDADE TÉCNICA

O HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA BAIXADA FLUMINENSE VEREADOR MELCHIADES CALAZANS, através de seu Diretor Geral, com sede na R. João de Castro, 1250 - Cabuis, Nilópolis, 26540-390, Estado do Rio de Janeiro, neste ato representado pela Diretor Geral, Rodrigo Cardoso Ramos - CRM RJ 52.0115231-9, declara para os devidos fins que, a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS/INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV, situada na Rua Cel. Sebastião Dias, s/n, Bairro Oliveira dos Campinhos, na Cidade de Santo Amaro, Estado da Bahia, CEP: 44.215-000, Telefone: (71) 3561-0310 e Endereço Eletrônico (e-mail:) presidente@insvsaude.org, inscrita no CNPJ sob o nº 13.824.560/0001-02, presta serviços através da realização de atividades de interesse público consubstanciado na prestação de serviços técnicos especializados de operacionalização, gerenciamento e execução de atividades, ações e serviços de saúde, com fomento de ações relacionadas ao bom funcionamento do HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA BAIXADA FLUMINENSE VEREADOR MELCHIADES CALAZANS, constituinte da Rede de Atenção à Saúde do Rio de Janeiro, abrangendo ainda ações de pesquisa, promoção, prevenção, atendimento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, conforme especificações, quantitativos, regramentos e legislação aplicável, em atendimento às demandas da Secretaria Estadual de Saúde, em consonância com as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), através do **contrato de Gestão nº 010/2021.**

Capacidade Instalada HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA BAIXADA FLUMINENSE VEREADOR MELCHIADES CALAZANS

Leitos de internação - 74 Leitos;

terapia intensiva - 06;

Salas cirúrgicas - 06;

Sala de recuperação pós-anestésica - 01 sala com 03 leitos;

Leitos de Unidade Pós- Operatória - 10;

Leitos de Enfermaria Cirúrgica – 5;

CTI de Tratamento de Queimados – 09;

Centro de Imagens com Radiologia Geral,Tomografia Computadorizada,Ultrassonografia, Ecocardiograma

Consultórios - 04;

Sala de gesso;

As especialidades a serem contempladas são as previstas em lei e, minimamente, as seguintes: Medicina Interna Terapia Intensiva;

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/135490107228471616091

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 135490107228471616091-1
Data: 01/07/2022 12:36:11
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AND98428-JH3I;

Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
CNJ: 06.870-0

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 1 de julho de 2022 13:31:53 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Cirurgia plástica;

Anestesiologia;

Ortopedia e Traumatologia Radiologia e Diagnóstico por Imagem;

Cirurgias traumatológicas;

Atenção de cuidados intensivos para usuários atendidos no perfil da instituição;

Medicina interna e especialidades diversas para suporte aos usuários internados; Procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (clínicos, cirúrgicos e multiprofissionais) necessários para apoio à atividade-fim, incluindo a medicina física e reabilitação.

Compete ao INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV:

Planejar e gerenciar a execução das atividades desenvolvidas no âmbito do HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA BAIXADA FLUMINENSE VEREADOR MELCHIADES CALAZANS, 24 HORAS, referentes à: Gestão financeira, gestão de pessoas, gestão assistencial e gestão operacional, em conformidade com às determinações do **contrato de Gestão nº 010/2021.**

Participar das instâncias colegiadas junto a Secretaria Estadual de Saúde, quando convocada;

Participar ativamente do Conselho Municipal de Saúde e demais formalidades, quando solicitado;

Consolidar e gerenciar os resultados do HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA BAIXADA FLUMINENSE VEREADOR MELCHIADES CALAZANS, quanto aos indicadores e produtividade/faturamento.

Atestamos que o INSTITUTO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA VITÓRIA-INSV efetua com zelo, dedicação e seriedade às suas atividades, demonstrando desde o início o seu forte senso de responsabilidade, possuindo conhecimento técnico necessários na área da saúde e gestão.

Nestes termos, firmo o presente.

Nilópolis, 24 de maio de 2022

Rodrigo Cardoso Ramos
Diretor Geral

Rodrigo Cardoso Ramos
Diretor Geral
CPF: 52.011231-9
INSV

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 1 de julho de 2022 13:31:53 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/135490107228471616091

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 135490107228471616091-2
Data: 01/07/2022 12:36:11
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AND98429-F0YZ;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular
TJPB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1400 Torre 58040-000, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **08/07/2022 14:09:39 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS - INSV - INSTITUTO DE SAUDE NOSSA SENHORA DA VITORIA ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponivel para consulta em nosso site.

[1]**Código de Autenticação Digital:** 135490107228471616091-1 a 135490107228471616091-2
[2]**Legislações Vigentes:** Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b27df58eae26501e9b16eed6d7f0c530d417ecaf7df750019c9de9db216a9240870d83854263430 81f4cb26def2e46f6c0d78f6439e652fdbf801d103430d2e12

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2
de 24 de agosto de 2001

ICP Brasil

CODEMAR
MARICÁ DESENVOLVIMENTO

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins de Licitação Pública, que a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS – INSV – INSTITUTO NOSSA SENHORA DA VITÓRIA,** pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 13.824.560/0001-02, com sede na Rua Sebastião Dias, s/n, bairro Campinhos, Município de Santo Amaro, CEP 44.200-000, Bahia, Brasil, presta serviço de **atendimento em posto de enfermagem** através do **Contrato nº 19/2021**, com a **Companhia de Desenvolvimento de Maricá S.A. – CODEMAR**, inscrita no CNPJ 20.009.382/0001-21.

O Contrato 19/2021 com valor mensal estimado em R$ 481.200,00 (quatrocentos e oitenta e um mil e duzentos reais), celebrado aos 16 de novembro de 2021 , com prazo de vigência de 13 meses, tem por objeto discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes na operacionalização e execução das ações e serviços de atendimento em posto de enfermagem com todos os aparelhos, equipamentos e suprimentos necessários para o atendimento de passageiros, tripulantes de acordo com as necessidades da Codemar.

Destarte que a prestação de serviço sempre foi realizada através de profissionais habilitados para a função de enfermeiro, técnico de enfermagem e médico regulador à distância, garantindo assim, a continuidade dos serviços de atendimento no posto de enfermagem durante o período compreendido entre 06:00 às 22:00 – 16 (dezesseis) horas diárias no total -, durante sete dias na semana, ininterruptamente, inclusive aos sábados e domingos.

Declaramos, ainda, que a prestação dos mencionados serviços ocorre com bom desempenho operacional, tendo a empresa cumprido fielmente com as suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente até a presente data.

Maricá/RJ, 03 de novembro de 2022

Marta Rodovalho
Diretora de Operações
AEROPORTO DE MARICÁ - GUARUS

Prefeitura Municipal de Maricá/RJ
Companhia de Desenvolvimento de Maricá S.A. – CODEMAR