SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 10
1.1. APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL 11
1.1.1. O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC 11
1.2. Diferenciais 15
1.3. Descritivo sobre Gestão 17
1.4. O modo de Trabalhar do ISAC 19
1.5. O Cuidado 21
1.6. O Modo de Ser ISAC 23
1.7. Os Colaboradores 24
1.8. Plano de Ação Inicial 27
1.9. Evolução Natural 28
1.10. Planejamento Estratégico 29
1.11. Desdobramento da Estratégia 29
1.12. Maturidade 30
1.13. Acreditações e Reconhecimentos 31
1.14. Modelo de Gestão e Governança do ISAC 34
1.15. Desenvolvimento do Modelo de Gestão e Governança do ISAC 36
1.16. Metodologia LEAN Aplicada à Saúde pelo ISAC 37
1.17. Aplicação do Modelo de Gestão e Governança pelo ISAC 41
1.18. Organograma da Sede Institucional do ISAC 43
1.19. Informações Cadastrais do ISAC 43
1.20. Gestão Técnica - Assistencial do ISAC 44
2. CONHECIMENTO DO OBJETO 59
2.1. Caracterização do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO 59

3. AÇÕES VOLTADAS À ATIVIDADE (F1) 69
3.1. Gestão de Acesso compreendendo a circulação de em áreas restritivas, externas e internas 69
3.2. Fluxo Unidirecional para Roupas 92
3.3. Fluxo Unidirecional de Resíduos de Serviço de Saúde 102
3.4. Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados 115
3.4.1. Implantação de Logística De Suprimentos 132
Produtos que não necessitam de armazenamento especial: 143
3.5. Apresentação de Organograma da Unidade com Definição das Competências de Cada Membro 145
3.6. Regimento Interno do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO 153
3.7. Regimento do Serviço de Enfermagem do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO 208
3.8. Regimento do Corpo Clínico do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO 221
3.9. Projeto de Tecnologia da Informação 235
3.10. Proposta para o Serviço de Engenharia Clínica 261
3.11. Proposta para Administração Financeira e Gestão de Custos 297
3.12. Proposta para Rotinas de Administração Geral 310
3.13. Proposta para Rotinas Administrativas de Almoxarifado e Patrimônio 312
3.14. Proposta para o Serviço de Manutenção Predial, Elética e Hidráulica .. 324
3.15. Proposta para o Manual de Protocolos Assistenciais 354
3.16. Proposta para o Manual de Rotinas de Faturamento de Procedimentos 363
4. AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE (F2) 394
4.1. QUALIDADE OBJETIVA 395
4.1.1. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA 395
4.1.2. COMISSÃO DE ÉTICA ENFERMAGEM 404
4.1.3. COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA 417
4.1.4. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 423
4.1.5. COMISSÃO DE ANÁLISE DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS 438

4.1.6. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS 445
4.1.7. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA 452
4.1.8. SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO – SESMT 460
4.1.9. COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA – CDME 467
4.1.10. COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA 473
4.1.11. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL 487
4.1.12. COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA 496
4.1.13. COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE – CRRS 501
4.1.14. COMITÊ TRANSFUSIONAL 510
4.1.15. NÚCLEO DE QUALIDADE E SGURANÇA DO PACIENTE – NQSP 515
4.1.16. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR – NVEH 521
4.1.17. COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE 529
4.1.18. COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE 539
4.1.19. COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA 548
4.1.20. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO 561
4.1.21. COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB) ... 578
4.1.22. COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA 585
4.1.23. COMITÊ DE COMPLIANCE 593
4.1.24. OUTRAS COMISSÕES 599
4.1.25. Núcleo de Educação Permanente 607
4.2. Qualidade Subjetiva 615
4.2.1. Acolhimento Humanizado 615
4.2.1.1. Acolhimento dos Pacientes na Urgência da Unidade – Demanda Espontânea e Referenciada 617
4.2.1.2. Acolhimento dos Pacientes no Ambulatório e Internação 638
4.2.1.3. Serviço Social Hospitalar 648
4.2.1.4. Psicologia Hospitalar 651
4.2.2. Atendimento e Acomodação dos Acompanhantes dos Usuários 653
4.2.3. Implantação da Ouvidoria na Unidade e Pesquisa de Satisfação do Usuário 657

4.2.4. Atendimento a Usuários Idosos, Crianças, Adolescentes e Portadores de Necessidades Especiais..... 672

5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (F3).....677

5.2. Certificação Comprovada em Gerência Hospitalar em Estabelecimento de Saúde de Pequeno Médio e Grande Porte, emitidas por Pessoa de Direito Público ou Privado 677

5.3. Reconhecimentos e Acreditação..... 679

5.4. Apresentação de Proposta das Metas para o Quadro de Pessoal da Equipe Multidisciplinar 681

5.5. Quadro de Metas 682

5.6. Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente..... 684

5.7. Comprovar Experiência de, no mínimo 1 ano, em Função Diretiva de Unidade Hospitalar 684

5.8. Apresentar Titulação de Especialista em Administração Hospitalar ou Gestão Hospitalar 684

5.9. Protocolos..... 685

01.PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA.....685

02. PROTOCOLO DE CRISE HIPERTENSIVA 700

03. PROTOCOLO DE CHOQUE SÉPTICO / SEPSE.....708

04. PROTOCOLO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM).....713

05. PROTOCOLO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV).....724

06. PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS 731

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM 733

01 – ANOTAÇÃO E REGISTRO DE ENFERMAGEM 736

02 – ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES.....737

03 – ASSISTÊNCIA NOS PROCEDIMENTOS DE SUTURA 743

04 – BANHO DE ASPERSÃO 745

05 – BANHO NO LEITO.....747

06 – CÁLCULO DE TAXA DE GOTEJAMENTO E FLUXO VENOSO / ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO INTRAVENOSA 751
07 – CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO 754
08 – CATETERISMO VESICAL DE DEMORA 759
09 – COLETA DE ESCARRO PARA BACILOSCOPIA 765
10 – COLETA DE MATERIAIS PARA CULTURA 768
11 – COLETA DE SANGUE 776
12 – COLOCAÇÃO DE COLETOR DE URINA INFANTIL 780
13 – CONTROLE DE FREQUÊNCIA CARDÍACA 783
14 – CONTROLE DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA 785
15 – CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR 787
16 – CONTROLE DE TEMPERATURA AXILAR 790
17 – CURATIVO EM FERIDA ABERTA 792
18 – DESCARTE DE RESÍDUO PERFURO CORTANTE 796
19 – DESINFECCÇÃO DE NEBULIZADORES / UMIDIFICADORES 797
20 – DESINFECCÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS OU INSTRUMENTAIS 800
21 – ELETROCARDIOGRAMA 802
22 – ENTEROCLISMA 804
23 – HIGIENE DAS MÃOS 807
24 – INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM) 809
25 – INALAÇÃO 813
26 – INSTALAÇÃO DE DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA 815
27 – LIMPEZA CONCORRENTE DA UNIDADE 818
28 – MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA - EV 820
29 – MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR - IM 825
30 – MEDICAÇÃO VIA NASAL 829
31 – MEDICAÇÃO VIA OCULAR 831
32 – MEDICAÇÃO VIA ORAL - VO 833

33 – MEDICAÇÃO VIA RETAL....835
34 – MEDICAÇÃO VIA SONDA ENTERAL / GÁSTRICA....837
35 – MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA - SC....839
36 – MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL (SL)....842
37 – MENSURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL – AFERIÇÃO DE PA....845
38 – OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL....848
39 – OXIGENOTERAPIA POR INALAÇÃO....851
40 – PASSAGEM DE CATETER VENOSO CENTRAL (ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM)....853
41 – PREPARO DO CORPO PÓS-MORTE....856
42 – PUNÇÃO ARTERIAL....859
43 – PUNÇÃO VENOSOSA PERIFÉRICA....862
44 – REMOÇÃO....864
45 – RESTRIÇÃO MECÂNICA NO LEITO....866
46 – SONDAGEM ENTERAL....868
47- UTILIZAÇÃO DO REANIMADOR - MANUAL COM AMBU....871
48 - MANUSEIO DA SONDAGEM NASOGÁSTRICA....874
49 – TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL....878
PROTOCOLO DE ATUAÇÃO FISIOTERAPEUTICA....881
ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL – SISTEMA ABERTO....881
ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL- SISTEMA FECHADO....885
ASPIRAÇÃO ORO E NASOTRAQUEAL....889
ANAMNESE EM FISIOTERAPIA....893
AUSCULTA PULMONAR....894
AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPÊUTICA - FORÇA MUSCULAR....896
DESMAME DIFÍCIL DA VENTILAÇÃO MECÂNICA....899
ROTINA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES....902
PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA....951

VIGILÂNCIA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES 962

PRECAUÇÃO PADRÃO E PRECAUÇÃO ADICIONAIS 968

CINESIOTERAPIA MOTORA E MOBILIZAÇÃO PRECOCE....994

DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA 998

OXIGENOTERAPIA....1003

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA....1006

PROTOCOLO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO 1012

PROTOCOLO DE NUTRIÇÃO CLÍNICA....1012

PROTOCOLO DO CENTRO CIRURGICO 1021

RECEPÇÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO 1022

MONTAGEM DA SALA DE OPERAÇÃO 1023

CIRCULAÇÃO DA SALA DE OPERAÇÃO 1024

TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PARA A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)....1027

ADMISSÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA) 1028

DESMONTAGEM DA SALA DE OPERAÇÃO 1030

LIMPEZA TERMINAL DO CENTRO CIRÚRGICO 1032

LIMPEZA SEMANAL DO CENTRO CIRÚRGICO....1033

LIMPEZA CONCORRENTE DO CENTRO CIRÚRGICO 1034

PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE DOENÇAS EM CENTRO CIRÚRGICO....1035

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)....1037

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES CARDÍACAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)....1038

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)....1039

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA) 1040

SOLICITAÇÃO DE MATERIAL AO CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME) ...1041

ORGANIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS, ROUPAS SUJAS E RESÍDUOS INFECTANTES (SÓLIDOS) ...1042

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PRÉ-OPERATÓRIO ...1043

CUIDADOS NA UTILIZAÇÃO DE BISTURI ELÉTRICO ...1047

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM INTRA OPERATÓRIO...1049

POSICIONAMENTO DO PACIENTE PARA A CIRURGIA E MEDIDAS DE CONTENÇÃO 1054

PRÉ LIMPEZA DOS INSTRUMENTAIS NA SALA CIRÚRGICA...1059

AGENDAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS, URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS...1061

ROTINA DE ENFERMAGEM NO ARSENAL DO CENTRO CIRÚRGICO...1063

DESMONTAGEM E DESINFECÇÃO DA SALA CIRÚRGICA APÓS ATENDIMENTO A PACIENTE COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE COVID-19 ...1066

CONFERÊNCIA DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS EM PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO 1069

ATENDIMENTO DO PACIENTE ALÉRGICO AO LÁTEX ...1071

PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS...1087

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO ...1108

PREVENÇÃO DE QUEDAS ...1122

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA ...1127

PROTOCOLO DE MANEJO DE PNEUMONIA ...1137

PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO...1143

SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA ...1159

SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A ACESSO VENOSO CENTRAL ...1164

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO ...1169

SEGURANÇA DO CLIENTE GRAVE NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR ...1177

ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS ...1182

CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE DO AMBIENTE ...1188

CONTROLE DA TEMPERATURA E LIMPEZA DAS GELADEIRAS 1190

MAPA NUTRICIONAL 1194

5.10. Instrução para o Funcionamento de Serviços 1201

5.10.1. Instrução para o Funcionamento do Serviço Social 1201

5.10.2. Instrução para o Funcionamento da Fisioterapia 1207

5.10.3. Instrução para o Funcionamento da Farmácia 1213

5.10.4. Apresentação de Norma para Padronização de Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares 1218

5.10.5. Norma para Realização dos Procedimentos de Contratação de Prestação de Serviços e Terceiros – Higiene e Limpeza 1233

5.10.6. Norma para Realização dos Procedimentos de Contratação de Prestação de Serviços e Terceiros – Vigilância 1269

5.10.7. Funcionamento do Núcleo Interno de Regulação – NIR 1282

5.11. Ciência e Tecnologia 1288

5.12. Educação Permanente 1301

5.13. Apresentação da Proposta Técnica 1307

6. CRONOGRAMA GERAL DAS ATIVIDADES PROPOSTA 1309

7. Anexo 1315

PLANO DE TRABALHO

TÍTULO

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

1. INTRODUÇÃO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** apresenta, de forma pormenorizada, o presente plano de trabalho informando como se dará a prestação de serviços no âmbito do gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** atendendo as especificações das atividades previstas e expressas no **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO,** contendo os meios e recursos necessários para a execução e desenvolvimento em potencial das suas disposições.

A Proposta de Trabalho é a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado para caracterizar o perfil da Unidade Hospitalar e o trabalho técnico gerencial definido no objeto da seleção, com base nas indicações e estudos preliminares dos informes básicos do Edital.

Pela experiência adquirida, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** manterá uma gestão comprometida que atenda principalmente aos princípios e diretrizes do SUS, conforme a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, capítulo II, artigo 7º, em conformidade com as diretrizes dos órgãos públicos regionais.

O modelo de gestão proposto pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** face ao objeto do instrumento deste Chamamento Público objetiva atender as estratégias adotadas pelo Governo de Goiás no sentido de apoiar o aprimoramento da gestão pública, favorecendo a modernização, assegurando maior eficiência e qualidade dos serviços ofertados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência humanizada, garantindo a equidade na

atenção com acesso para serviços e ações integrais de saúde, atendendo as Políticas Públicas, diretrizes e metas estabelecidas pela **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**.

A implementação da gestão nos serviços de saúde no âmbito do estado de Goiás pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** observará, de antemão, todos os regramentos estaduais e federais vigentes correspondentes às normas do Sistema Único de Saúde (SUS), emanadas pela **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** e **Ministério da Saúde (MS),** produzindo, consequentemente, resultados favoráveis para a gestão pública de saúde, proporcionando à população goianiense um atendimento mais efetivo e de qualidade, assegurando o alcance dos seguintes objetivos:

a) Garantir a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
b) Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
c) Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;
d) Buscar a eficiência, eficácia e efetividade na formulação do novo modelo de gestão na saúde adotado no Estado de Goiás, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, em consonância com as políticas públicas definidas, preservando a missão da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

Fica estabelecida a validade mínima da proposta por **120 (cento e vinte) dias**, contados a partir da data de entrega dos envelopes para pela Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde – CICGSS - SES-GO.

Os capítulos apresentados atendem a organização da estrutura do edital e seus critérios de avaliações referenciados entre parênteses em cada elemento numerado.

1.1. APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL

1.1.1. O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** foi constituído com base na legislação vigente sobre as Organizações Sociais, como forma de oferecer um instrumento de parceria entre instituições públicas e privadas, vinculando a necessidade de transparência, seriedade e credibilidade em todos os atos praticados, para a viabilização, realização e apoio a todas as questões e projetos de importância da saúde pública brasileira. Pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e econômicos, fundado no ano de 2011, na cidade de Brasília (DF), por meio da união de profissionais que observaram a situação da saúde pública, sabendo cujo

objetivo permanente é o de poderiam contribuir com a experiência junto ao para tornar realidade em sua íntegra Sistema Único de Saúde.

Atualmente, O Instituto é qualificado como Organização Social em Saúde no **Distrito Federal (DF)** e nos Estados de **Roraima (RR), Goiás (GO), Amapá (AP), Alagoas (AL), Tocantins (TO), Mato Grosso do Sul (MS), Goiás (PA) e Piauí (PI)**, além dos municípios de **São Paulo (SP), Anápolis (GO), Maceió (AL), Araguaína (TO), Barueri (SP), Jacareí (SP), Jacobina (BA), Aparecida de Goiânia (AP), Salvador (BA), Sete Lagoas (MG), Belém (PA), Pelotas (RS) e Rio Grande (RS)**, mantendo filiais e escritórios operacionais abertos nos Municípios de **Araguaína (TO), Maceió (AL), Belém (PA), São Paulo (SP) e Teresina (PI).**

Tem como foco de atuação a gestão, implantação, consultoria e assessoria em serviços de saúde de alta, média e baixa complexidade. No presente momento, mantemos índices de aprovação pelos usuários acima de 95% (noventa e cinco por cento).

Atualmente, o Instituto atua na gestão de 16 (dezesseis) unidades de saúde, sendo 01 (uma) unidade própria, com prestação de serviços no setor privado e público e 15 (quinze) unidades de saúde pública, através de contratos de cogestão com Municípios e Estados.

ONDE ESTAMOS

Alagoas	• UPA Benedito Bentes • UPA Trapiche da Barra
Bahia	• Multicentro de Saúde Carlos Gomes • Multicentro de Saúde Vale das Pedrinhas • UPA San Martin
Distrito Federal	• Sede Administrativa
Goiás	• Hospital do Entorno
Piauí	• ESALPI - Espaço de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado do Piauí • HEDA - Hospital Estadual Dirceu Arcoverde • Hospital Nossa Senhora de Fátima - Anexo II • Pró Médica - Anexo I • CGBP - Casa da Gestante, Bebê e Puérpera do HEDA
Tocantins	• AME - Ambulatório Municipal de Araguaína • HMA - Hospital Municipal de Araguaína • PAI - Pronto Atendimento Pediátrico • UPA Anatólio Dias Carneiro

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

A implantação de metodologia de trabalho do Instituto mantém como pilares:

- Apoio ao desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade**;**
- Processos baseados nos requisitos em qualidade objetivando a acreditação dos serviços;
- Otimização de recursos com foco na qualidade da assistência, acesso e produtividade;
- Valorização dos colaboradores através de uma política de gestão de pessoas transparente;

- Adoção junto aos serviços de saúde, da Política Nacional de Humanização - PNH e da Segurança do Paciente;
- Desenvolvimento de indicadores e ações de monitoramento, avaliação, conforme diretrizes da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** e do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** e em colaboração com órgãos públicos, com transparência, controle das ações e foco na melhoria constante da qualidade da assistência;
- Desenvolvimento de políticas, práticas e processos alinhados com o modelo de gestão ISO37001 – Gestão Antissuborno;
- Implantação de políticas socioambientais, alinhadas aos ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) e aos 10 Princípios do Pacto Global.

As unidades de saúde geridas pelo Instituto tornaram-se *case* de sucesso nos Estados de Alagoas, Tocantins e Goiás com repercussão nacional da qualidade de serviço.

No **item 3.13 – Acreditações e Reconhecimentos** apresentaremos as principais conquistas do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada.

Para o crescimento e desenvolvimento do Instituto, foi fundamental estabelecer uma Identidade Organizacional alinhada ao nosso plano de negócios necessária para o crescimento e consolidação, nossa Identidade, trata dos alicerces e da manutenção de um corpo de colaboradores engajados e motivados, além de, clarificar a todas as partes interessadas quem é o Instituto, o que fazemos e como fazemos, e, para onde queremos seguir.

MISSÃO, VISÃO E VALORES

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

A disseminação da cultura institucional alinhada aos princípios e diretrizes do SUS manterá os colaboradores no direcionamento de trabalho já desenvolvido. Para os novos colaboradores, significa propiciar um ambiente seguro ao seu desenvolvimento e apresentar diretrizes de trabalho.

No Brasil há mais de 600 (seiscentas) Unidade de Pronto Atendimento 24h – UPA 24h, projeto do Governo Federal em conjunto com os Estados e Municípios. Somente 04 (quatro) unidades, entres estas 600 (seiscentas) existentes, possuem a Certificação ONA.

1.2. Diferenciais

Para atender às demandas da saúde pública no país, considerando a evolução constante da população e da área da saúde, o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** desenvolveu uma gestão focada em resultados e em processos de melhoria contínua.

Elencamos, a seguir, alguns dos principais diferenciais que fazem do Instituto uma organização em constante busca da excelência:

Gestão do conhecimento, inovação e experiência: as lideranças, equipes e as diversas áreas do Instituto são orientadas ao desenvolvimento profissional e capacitação constante para manterem-se atualizados e trazerem inovações nos processos de gestão e de assistência. Dessa forma, o Instituto dispõe, hoje, de profissionais com expertise para encarar os desafios.

Uso de tecnologia: aliada à gestão dos processos, a tecnologia é também umas das premissas que o ISAC adota para o gerenciamento dos serviços de saúde, de forma integrada, tendo profunda habilidade na implantação e monitoramento de sistemas que otimizam as experiências dos serviços de saúde, parceiros, colaboradores, sendo este, fundamental para acompanhamento e gestão das unidades e dos serviços de saúde;

Modelo de gestão: tomada de decisão compartilhada, uso de metodologia Lean (conceito enxuto), criação de comissões e comitês para gerenciamento de temas e projetos de alta complexidade contando com equipe multiprofissional, alta gestão presente e de fácil acesso, são práticas incentivadas no sistema descentralizado de gestão adotado pelo Instituto. Com isso, é possível imprimir agilidade a todo o processo, tão necessária na gestão de saúde, acompanhamento sistemático e monitoramento de ações locais e regionais;

Gestão por competência: esta metodologia tem por objetivo alocar os profissionais de acordo com seu perfil profissional definindo individualmente competências, habilidade e atitudes. Esse processo permite aumentar a produtividade da equipe, uma vez que cada qual é alocado no cargo que permite exercer suas funções com o máximo de aproveitamento.

Resolutividade, foco em resultado: a efetividade na prestação de serviços é conquistada com o *mindset* (modelo mental) aliado a prática e voltado à solução dos problemas e à entrega de resultados. Para isso, o Instituto dispõe de ferramentas contemporâneas de gestão de desempenho e qualidade, com métricas e indicadores para mensuração e promoção da solução dos problemas dos serviços e unidades de saúde sob a nossa gestão, visando atuar de forma proativa;

Proatividade e determinação: capacidade de mapeamento de cenários e antecipação às possíveis ameaças e oportunidades, atuamos com Planejamento Estratégico revisado anualmente e desdobrado em objetivos e metas para cada processo/setor. Também é notória a postura perseverante dos profissionais para garantir um serviço de qualidade, característica essa que aliada à criatividade, a competência técnica e à resolutividade garantem uma assistência de qualidade. O Instituto exerce uma gestão voltada à transparência e aos princípios

de economicidade, de forma a se antecipar e a se responsabilizar, por ações preventivas e corretivas nos serviços de saúde reduzindo assim impactos na assistência prestada.

1.3. Descritivo sobre Gestão

A globalização e as mudanças constantes de cenários condicionaram as Organizações a preocuparem-se continuamente com a otimização de suas dimensões/processos organizacionais, bem como, pela sua adequação e funcionamento.

A necessidade premente de visão sistêmica por parte das Organizações, também impulsionou, naturalmente, a maior parte delas a compreenderem a Organização como um conjunto de processos inter-relacionados e interdependentes, levando a administração a desvincular o foco que detinha no trabalho, departamento ou funções para o foco no gerenciamento dos processos de trabalho que irão resultar em uma estrutura adequada, com foco no fornecimento de serviços de qualidade ao cliente e gestão efetiva.

A conjuntura de fatos históricos relatados contribuiu para o redesenho da dimensão organizacional do Instituto, com a migração de uma estrutura funcional para uma estrutura por processos, chegando até o presente, com a difusão de boas práticas de governança corporativa na Organização com um todo.

As parcerias realizadas com o Poder Público reguladas por meio de contratos de gestão e/ou convênios, são pautadas pelo atendimento às políticas/diretrizes públicas, às metas contratuais e ao atendimento com dignidade e respeito às necessidades da comunidade usuária das unidades de saúde.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, enquanto Organização Social proponente para o Gerenciamento, Operacionalização e Execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** em regime 24 horas/dia que assegure assistência universal e gratuita à população, especifica o modelo de gestão, alinhado às diretrizes da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** sob o qual as pessoas, o trabalho e a estrutura organizacional desenvolvem-se a partir das características do território e do perfil epidemiológico, tendo como foco a sua tipologia:

O Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia - Caio Louzada (HERSO) é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, que funciona 24 horas realizando atendimentos de média e alta complexidade, prestando atendimento prioritariamente à

Macrorregião Centro Sudeste e demais Macrorregiões, podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** organiza-se sob as condicionantes tais como: estratégias e objetivos, ambiente (interno/externo), tecnologia, recursos humanos, entre outros, permeando o seu modelo de gestão nos seguintes níveis de influência:

1. Estratégico;
2. Tático;
3. Operacional.

O nível estratégico responsabiliza-se pela definição do direcionamento a ser seguido para a execução do contrato de gestão. O estabelecimento desse direcionamento baseia-se na Missão e nos Valores da Organização. Tal direcionamento encontra-se declarado no Planejamento Estratégico da Organização, bienal, com revisões anuais, e compreende a tomada de decisões, pautada nos serviços e clientes do contrato de gestão firmado, alinhado às diretrizes da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** e aos princípios do SUS. Mantendo diálogo próximo com o gestor público, promove de forma estratégica melhorias com impacto sistêmico, relacionadas com as ações e gestão das unidades e serviços de saúde da região.

O nível tático responde pela intermediação entre o nível estratégico e o operacional, relacionado com as diversas áreas da Organização e tem como foco o desdobramento das diretrizes/políticas/objetivos, definidos no nível estratégico e compreende os processos que respondem diretamente pelo estabelecimento de parâmetros gerais e específicos, em especial pelos resultados esperados, necessários à execução e acompanhamento dos serviços de saúde sob nossa gestão, contando com equipe multiprofissional que atua no gerenciamento e operacionalização do nosso modelo de gestão de forma articulada com as unidades e serviços de saúde a partir do perfil hospitalar de média e alta complexidade.

As áreas apresentadas a seguir apoiam diretamente a gestão tática do estabelecimento hospitalar, em consonância com as diretrizes do SUS. Na dimensão organizacional serão estabelecidas as: **Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria Técnica Assistencial e Diretoria Operacional,** articuladas com primeiro nível de gestão e consequentemente ligada à Alta Direção Institucional, responsável pela gestão estratégica do contrato de gestão, com a plena observância das diretrizes técnicas e gerenciais estabelecidas pela **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** por meio de suas

portarias, protocolos, entre outros, visando atingir as gerências das unidades e serviços de saúde:

- Ao atendimento à legislação referente ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- Ao atendimento aos requisitos legais/fiscais/contábeis vigentes;
- Ao atendimento às metas de produção e qualidades pactuadas, e
- A garantia do padrão de qualidade, além do controle e padronização das atividades.

Desta maneira o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** reitera o seu compromisso com o acesso da população sob sua responsabilidade ao sistema local de saúde, com o apoio à estruturação das Redes de Atenção à Saúde, apoiada na atuação de uma equipe multiprofissional, de modo a proporcionar ao cidadão usuário uma atenção à saúde integral, segura, contínua e de qualidade, de acordo com as diretrizes assistenciais e programáticas da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

Será observada a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil para orientar e organizar a atenção hospitalar no país. A PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013 instituiu a PNHOSP, que busca melhorar a qualidade da assistência prestada nos hospitais e otimizar o uso dos recursos disponíveis.

A política tem como objetivo garantir o acesso universal, equitativo e integral à atenção hospitalar de qualidade, por meio da promoção da gestão eficiente dos serviços, da qualificação dos profissionais de saúde, da melhoria da estrutura física dos hospitais e da ampliação do acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento.

1.4. O modo de Trabalhar do ISAC

É a forma do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** em fazer gestão junto às unidades de saúde sob o seu gerenciamento, desenvolvida a partir da experiência de gestão, de *benchmarking* com instituições reconhecidas pela excelência na gestão e na assistência.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** aperfeiçoou sua forma de fazer gestão em saúde, com foco no paciente, colocando a assistência com qualidade e segurança acima de tudo, trabalhando ainda de forma "lean" – Metodologia Lean aplicada à Saúde, com economicidade, seriedade, transparência, valorizando os clientes externos (pacientes) e internos (colaboradores e médicos).

A base do trabalho são pessoas, feito de pessoas para cuidar de pessoas, guiado por processos constantemente melhorados. São três vertentes fundamentais que se referem ao modo de trabalho, de cuidar e de ser do **ISAC.**

O aspecto do trabalho está relacionado com uma forma muito clara e prática de realizar as atividades, de forma ágil, com foco em qualidade e segurança em todos os aspectos. O trabalho está relacionado com "padronização", processos claros, desenhados e seguidos por todos, sem ser engessado e limitador de talentos, para atender as necessidades e demandas oriundas da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

Entretanto, na visão do **ISAC** e no jeito de fazer as coisas, trabalho padronizado está relacionado com um ponto de partida essencial para uma entrega de qualidade de maneira objetiva. Apenas através de padrões em processos e gestão é que se pode garantir uma entrega de valor para o cliente final, os usuários, com qualidade e segurança, de acordo com os princípios do SUS.

Um ponto muito importante é desmistificar a ideia de burocracia relacionada ao trabalho padronizado, pois o trabalho só pode ser factível se for ágil, eficiente, que entregue valor e seja reprodutível com trabalho em equipe.

Isso significa que um processo deve seguir uma regra, comum a todos, mas na primeira detecção de falha ou possibilidade de se realizar aquele trabalho de uma maneira melhor esta deverá ser corrigida ou implementada.

O **ISAC** valoriza a capacidade de ação e de desenvolver o trabalho e ir além, pensar adiante e executar. É destacada a atitude para realizar o passo inicial, e ir em busca de algo inovador.

É guiado pela identidade institucional, plano de ação e planejamento estratégico. O Instituto se alinha ao mundo atual, altamente tecnológico e digitalizado. Busca melhoria contínua, eliminação de desperdício e gestão profissional com dados seguros, utilizando tecnologia para alcançar objetivos, facilitando as ações e a comunicação da equipe.

Trabalho eficiente é uma forma de otimização de recursos nos serviços de saúde pública. O **ISAC** utiliza ferramentas tecnológicas amplamente disponíveis e de fácil usabilidade para melhorar a eficiência dos serviços, além de trazer mais confiabilidade e segurança nos dados. Tais ferramentas são utilizadas para gestão de escalas, prontuário eletrônico, gestão de

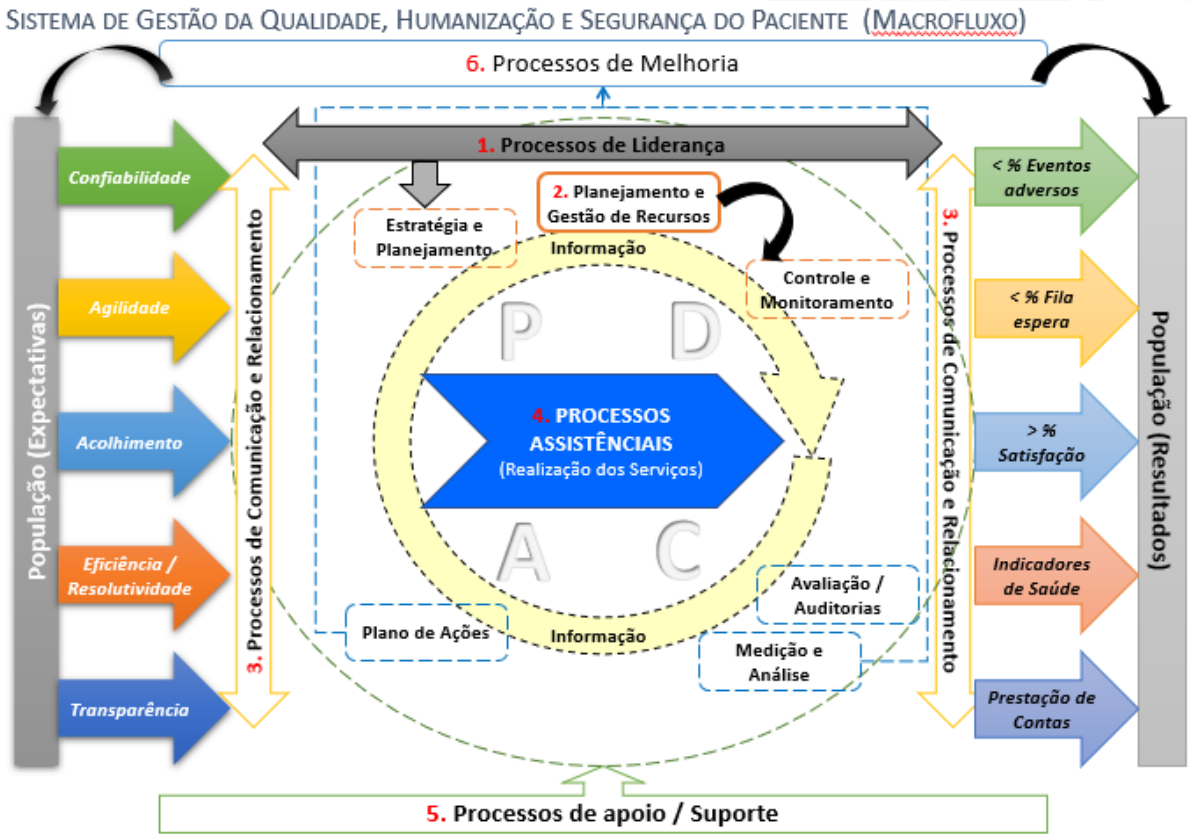
documentos, gestão de trabalho individual, coletivo e de projetos. Essas ferramentas garantem também melhor integração entre as unidades e o trabalho da rede de assistência.

1.5. O Cuidado

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** é uma instituição que faz gestão e a operacionalização de serviços de saúde de acordo com as diretrizes do SUS. A gestão é feita com foco na assistência, voltada para o usuário do sistema de saúde, sendo feita de maneira humanizada, com segurança e qualidade, favorecendo a articulação da rede e estabelecendo diretrizes para organização desta visando garantir o conjunto de ações e serviços de que o usuário necessita, com efetividade e eficiência.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** entende **humanização** como o tratamento do paciente com empatia, em que cada colaborador, seja de setores assistenciais ou administrativos e de apoio, tem o dever de tratar o paciente com o cuidado e zelo que espera ser tratado. Isso inclui todo o cuidado com ambiência, higienização e limpeza, cuidado assistencial, contato com o paciente em todos os canais de comunicação, entre outros, conforme diretrizes estabelecidas pela **PNH - Política Nacional de Humanização**.

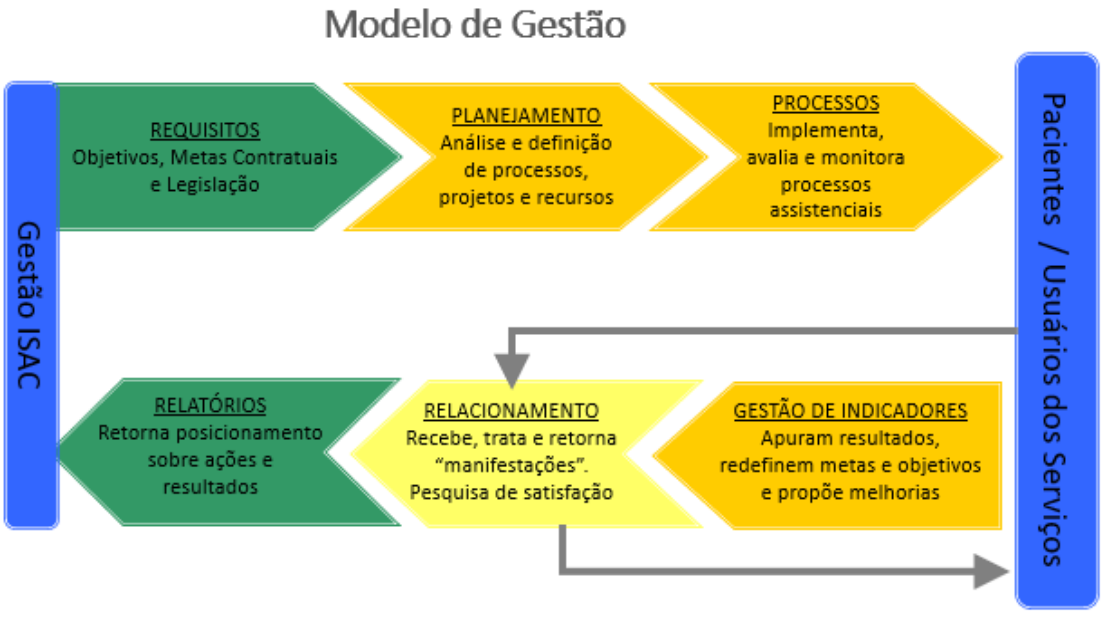
A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa melhorar a qualidade do atendimento em saúde no Brasil, valorizando as relações entre os profissionais de saúde e os pacientes. A PNH busca promover uma abordagem mais humanizada e acolhedora no cuidado à saúde, levando em consideração as necessidades dos pacientes e suas famílias, bem como a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde. A PNH também busca promover a participação dos usuários no processo de cuidado, fortalecer a gestão participativa e a autonomia dos serviços de saúde e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde.



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

O cuidado é **centrado no paciente/usuário/cliente,** onde as ações de todos os setores partem deste ponto-de-vista. Cuidar, está implícito no conceito de **SEGURANÇA DO PACIENTE.** Prima-se por trabalhar em níveis de excelência e qualidade com foco em diretrizes nacionais e internacionais que permeiam ações e protocolos com foco na segurança do paciente, colaboradores e familiares.

Considera-se fundamental engajar as equipes nesse propósito, para isso, a **governança clínica** aproxima o corpo clínico da gestão e do propósito institucional. Outro ponto importante para cuidar cada vez melhor é aprender sempre, isso é feito através de **Educação Permanente.**



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

A governança clínica é um modelo de gestão em saúde que busca garantir a qualidade e a segurança do cuidado prestado aos pacientes. Ela envolve o estabelecimento de processos e práticas que promovam a excelência clínica, a melhoria contínua dos serviços de saúde e a gestão adequada dos riscos relacionados ao cuidado.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) reconhece a importância da governança clínica como parte integrante de uma abordagem mais humanizada e acolhedora no cuidado à saúde.

A governança clínica é essencial para garantir a segurança e a efetividade dos serviços de saúde, promovendo a melhoria da saúde dos usuários.

1.6. O Modo de Ser ISAC

Apresentamos acima o modelo de gestão baseado num conjunto de normas e princípios orientadores, que apoiam a Organização a cumprir sua Missão com eficiência/eficácia e que serve de base estrutural para o seu crescimento e sustentação, cujo objetivo é a satisfação do cliente e o atendimento aos requisitos contratuais estabelecidos no contrato de gestão.

O ambiente que exige as melhores práticas e melhores resultados de assistência e gestão pode facilmente se tornar um ambiente rude. Entretanto, o ambiente de trabalho

almejado nos serviços sob a gestão do ISAC, possibilita o engajamento dos colaboradores aos processos, com papéis e responsabilidades claramente definidos e lideranças capazes de contribuir com a qualidade e segurança dos pacientes/colaboradores/usuários e familiares.

É destacado inicialmente o comportamento que é esperado de todos e posteriormente o que é esperado do comportamento e atitudes mais específicas de cada nível hierárquico.

Lembrando sempre que comportamento tem relação das nossas ações com o impacto gerado nas outras pessoas. Por isso, o comportamento em equipe com os pares de trabalho e o comportamento com o ser humano que busca assistência é o que refletirá e tornará importante ser aberto aos *"feedbacks"* dos líderes.

1.7. Os Colaboradores

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** intenciona um recurso humano alinhado com os valores da Organização. São elencadas as características e ações esperadas de todos que colaboram com o Instituto de acordo com o perfil de cargo ou nível hierárquico, contribuindo na consolidação das diretrizes do SUS e na gestão dos serviços e unidades de saúde. A expectativa é a de que todos que compõem a força de trabalho do **ISAC** mantenham ativamente a capacidade de aprendizado, mente aberta para o conhecimento agregando valor à Organização.

A humanização é comportamento necessário e valorizado na prática assistencial pelo Instituto e traduzido no dia a dia, pela empatia, em todos os pontos da assistência ao paciente/usuário.

A prática de liderança do Instituto estimula em suas atividades diárias, estilos que seguem abaixo descrito, conforme nível hierárquico:

- **DIRETORIA**

✓ **Liderança:** Capacidade de inspirar, agregar e estimular seus pares para o desenvolvimento do trabalho diário e o crescimento institucional, agindo com segurança, transparência e proximidade com a equipe;

✓ **Atenção às metas:** Todo projeto tem metas contratuais e metas institucionais do **ISAC**. O diretor deve estar envolvido nas metas relacionadas ao seu projeto, como

calculá-las, planos de atingi-la e capacidade de desdobrar essas metas de forma estratégica para conduzir as equipes;

- ✓ **Controle financeiro:** Todos os projetos precisam ser sustentáveis financeiramente. A diretoria precisa ter o controle financeiro adequado, conhecendo os percentuais de custos setoriais, o recurso disponível, reservas e perspectivas de investimento e busca incessante de controle de custos;

- ✓ **Visão sistêmica:** A diretoria é a referência central de cada projeto, necessita ter um olhar sobre toda instituição e setores. Não precisa dominar cada processo, mas deve saber o que se passa em cada setor e ter um contato próximo não só das coordenações, mas de todos os colaboradores da unidade;

- ✓ **Conhecimento de saúde pública:** A gestão das unidades **ISAC** ocorre através de redes e sob políticas específicas. Existe a necessidade de conhecer o SUS (Sistema Único de Saúde) e como a sua instituição está inserida, quais as relações com os órgãos públicos e de governo, quais as políticas específicas e a rede que ela integra;

- ✓ **Conhecimento profundo do contrato:** O guia do trabalho a ser prestado é o contrato firmado com o ente público contratante. O contrato elenca metas, relatórios, prestação de contas, produção, serviços a serem prestados, entre outros, ou seja, tudo que o contratante espera e necessita do **ISAC**;

- ✓ **Desenvolver liderados:** Dentro da perspectiva de meritocracia do Instituto, é fundamental ao líder mostrar isso no dia-a-dia, através da capacidade de instigar seus liderados a se desenvolverem, realizar com regularidade *"feedback"*, para melhoria de pontos específicos, incentivar novos conhecimentos teóricos e práticos sobre suas áreas.

- **COORDENAÇÃO / SUPERVISÃO**

- ✓ **Liderança:** Capacidade de inspirar, agregar e estimular seus pares para o desenvolvimento do trabalho diário e o crescimento institucional, agindo com segurança, transparência e proximidade com a equipe;

- ✓ **Conhecimento técnico específico:** A função de coordenação e supervisão carrega implicações de gestão e de conhecimento técnico do seu setor. O coordenador e o supervisor devem ser referência para seus colegas e liderados do ponto-de-vista de

conhecimento teórico e prático sobre suas funções, devem ser as figuras que conseguem dar suporte aos seus pares e liderados;

- ✓ **Metas assistenciais setoriais:** Dentro do planejamento e dos objetivos institucionais, as coordenações e supervisões tem que ter clareza sobre o que é esperado do seu setor, quais os indicadores e metas irão demonstrar a eficiência e eficácia dos seus setores;

- ✓ **5S do setor:** Senso de Utilização, Organização (ordem), Limpeza, Padronização, Disciplina. Os 5 sensos citados são a essência básica da qualidade, segurança e eficiência;

- ✓ **Guardião dos trabalhos padronizados – desenvolver, ensinar e checar:** Trabalhar dentro de um padrão não é simples, estabelecer um padrão não é simples, por isso cabe ao coordenador/supervisor trabalhar no dia-a-dia acompanhando, observando, corrigindo e incentivando o trabalho padronizado. O padrão leva ao hábito e o hábito nos poupa esforços para o que é realmente necessário;

- ✓ **Mediador de conflitos:** Convívio com muitas pessoas, personalidades, gerações, crenças distintas. O resultado disso sempre envolve graus variáveis de conflitos. Capacidade de ouvir, bom senso, calma e respeito aos outros é fundamental para conseguir mediar os conflitos e chegar em um resultado bom para todas as partes e para a instituição.

- **LINHA DE FRENTE**

- ✓ **Conhecimento técnico:** Ter o domínio do conhecimento necessário para realizar a função e o cargo para que foi designado. Ter humildade de reconhecer que não sabe tudo e que tem a necessidade de aprender constantemente, buscar o crescimento;

- ✓ **Trabalho em equipe:** Instituição de saúde é feita para pessoas e por pessoas. É fundamental conviver em harmonia, propor, discutir e chegar ao consenso com foco no paciente. Capacidade de ouvir, de opinar e de aprender com seus pares;

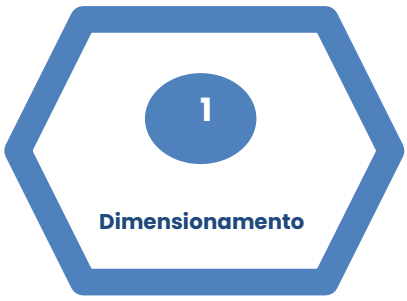
- ✓ **Seguir padrões:** Trabalho padronizado é a base para a qualidade e segurança do paciente. Seguir um padrão possibilita mais liberdade para pensarmos no processo em que estamos trabalhando;

- ✓ **Propor melhorias:** Quando trabalhamos com padrões entendemos que eles existem e são essenciais para a Organização. Entretanto, propor melhorias em padrões estabelecidos trazem mudanças e consequentemente que se refletem junto aos colaboradores e usuários. É importante que o colaborador tenha liberdade para propor, opinar e mostrar possibilidades de melhoria;

- ✓ **O paciente/usuário é missão:** O paciente é o motivo da existência da instituição, da sua função, dos serviços de saúde. Todo o foco é o paciente e o valor que ele enxerga no serviço oferecido.

1.8. Plano de Ação Inicial

Definir quais serviços serão executados diretamente pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** e quais serão terceirizados;



- Realizar dimensionamento de pessoal; abertura de processo seletivo (interno ou externo) para vagas remanescentes, após o processo de sub-rogação de todas as unidades e serviços;

- Avaliação da estrutura física e definição de correções necessárias de manutenções e/ou correções emergenciais para garantir a segurança da assistência, conforme proposta de melhorias apresentadas nesta proposta;

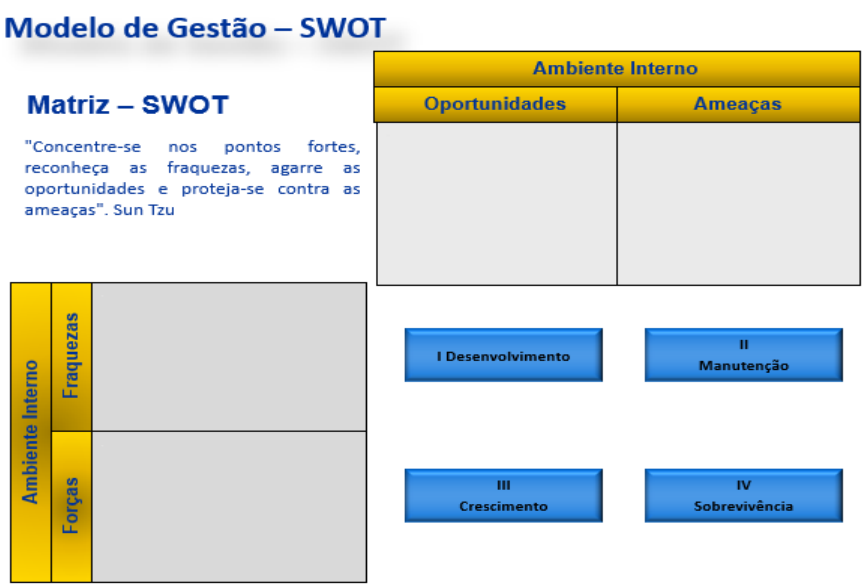
- Estabelecimento de um plano de ação (uma gama de pontos adicionais que devem ser avaliados e definidos, condutas imediatas que serão então elencadas), conforme cronograma estabelecido em edital, para organizar os quesitos mínimos que garantam assistência adequada com segurança a pacientes e colaboradores.

- Avaliação da situação legal e sanitária de cada unidade de saúde, com adequação, aquisição e/ou renovação de documentos legais (tais como: alvarás, certificados etc.);

- Definição e contratos de serviços médicos;
- Contratos e avaliações de fornecedores locais;

1.9. Evolução Natural

A evolução passa por uma discussão estratégica baseada na identidade institucional e nos objetivos contratuais para **desenvolver o planejamento estratégico**. O planejamento estratégico é guiado pela Missão e Visão e tem como pilares os Valores; considera a análise SWOT (ferramenta utilizada para avaliar as fraquezas, forças, ameaças e oportunidades da Organização) para traçar suas estratégias e estruturar o planejamento em quatro perspectivas, que se interligam: financeira, processos, pessoas e aprendizado.



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

1.10. Planejamento Estratégico

O Planejamento Estratégico é a concepção da alta direção local em consenso com as lideranças do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** sobre os caminhos, metas e objetivos que aquela unidade vai adotar. É o roteiro planejado baseado em fatos e nas metas contratuais e institucionais estabelecidas, sempre focada em crescimento na gestão e, principalmente, no crescimento da capacidade assistencial.

A estrutura do planejamento é realizada pensando em um horizonte de, pelo menos, dois anos, garantindo a perspectiva de médio e longo prazo, mas possibilitando ajustes conforme as mudanças de cenários. O planejamento serve para guiar todos na instituição para um norte comum.

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

1.11. Desdobramento da Estratégia

O planejamento é realizado pela alta direção em acordo com a média gestão, mas ele não pode ficar limitado a esse nível dentro da organização. É fundamental que esse propósito planejado através do planejamento estratégico chegue até as pontas, até os colaboradores da linha de frente da instituição.

É necessário simplificar essa visão de futuro para que ela alcance de forma natural até os colaboradores que irão vivenciá-la no dia a dia, através do desdobramento da estratégia. Isso é feito ao **traduzirmos o planejamento** através de metas setoriais ou individuais, de forma que cada colaborador saiba as suas metas individuais ou setoriais, entenda efetivamente o que cada uma dessas metas significa e o conceito ou resultado por trás dos números.

Além do entendimento da meta, devemos entregar às pessoas nas linhas de frente, as ferramentas e a forma de trabalho inicial padronizado.

Após essa fase é desenvolvido e acompanhado para que cada um possa crescer, alcançar os objetivos e passar a contribuir com inovações dos processos, quando possível e melhorar o desempenho institucional e pessoal.

Modelo de Desdobramento por Função

Objetivos / Estratégias	Indicadores Estratégicos	Plano de Ação Estratégico		Áreas Envolvidas						Desdobramento		Considerações / Ponderações
		Peso p/ Obj.	Projeto / Ação	Comercial	Operacional	Tecnologia	Gestão de Pessoas	Adm. Financeiro	Qualidade	Funções	Participação	
Desenvolver / estruturar processo de Gestão de Relacionamento com Clientes	IE.04 – Pesquisa de Satisfação de Clientes (por níveis de relacionamento	50%	Mapear todos os pontos de relacionamento com clientes	20%					80%	Ger. Qualidade	50%	
										Anl. Qualidade	30%	
										Ger. Comercial	20%	
	IE.03 – Índice de Reclamações de clientes (estratificada)	50%	Estruturar e implantar procedimentos de atuação	10%	10%	10%	10%	10%	50%	Anl. Qualidade	50%	
										Anl. Financeiro	10%	
										Anl. RH	10%	
										Técnico	10%	
										Sup. Operações	10%	
										Ger. Comercial	10%	

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

1.12. Maturidade

A maturidade da gestão é atingida quando a cultura está difundida em toda a unidade, em todos os níveis hierárquicos e setores da instituição.

Além de ser reconhecida de maneira intangível, essa fase é marcada por formas práticas e protocolares de garantir maturidade de gestão da instituição. É nesse momento que todo o **trabalho pode ser medido, através de indicadores, e reconhecido através de certificações e acreditações**.

1.13. Acreditações e Reconhecimentos

Todas as diretrizes sendo seguidas e aplicadas na prática podem e serão reconhecidas através de análises externas, de forma objetiva. Esse reconhecimento pode vir através de premiações, certificações e acreditações. As acreditações existem no setor da saúde com o foco principal de avaliar qualidade e a segurança do paciente, mas, também, avaliar a maturidade da gestão institucional.

Uma acreditação é uma avaliação externa e independente que verifica se uma instituição de saúde atende a um conjunto de padrões ou critérios estabelecidos por uma organização reconhecida. A importância de uma acreditação pode ser vista de várias maneiras, como:

- Garantia de qualidade: A acreditação é uma garantia para os pacientes, familiares e comunidade de que a instituição de saúde oferece serviços de alta qualidade e seguros. A acreditação exige que a instituição cumpra padrões rigorosos e internacionais de qualidade, segurança e eficácia.
- Melhoria contínua: A acreditação também promove a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. A avaliação e a análise de dados de desempenho ajudam a identificar áreas de melhoria, permitindo que a instituição de saúde faça ajustes e implemente mudanças para melhorar continuamente a qualidade dos serviços.
- Reconhecimento: A acreditação é um reconhecimento público de que a instituição de saúde é confiável e oferece serviços de qualidade. A acreditação pode ajudar a melhorar a reputação da instituição de saúde e aumentar a confiança dos pacientes e da comunidade.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** apresenta as suas acreditações, sinalizando chancelas importantes que confirmam o seu compromisso com reconhecidos padrões de qualidade e segurança na prestação da assistência ao paciente.

Atualmente a UPA 24h Trapiche da Barra e Benedito Bentes em Maceió (AL), está certificada pela Organização Nacional de Acreditação – **ONA I e ONA II**.

Destacamos a certificação internacional **QMENTUM DIAMOND** no Hospital Municipal de Araguaína – HMA (Tocantins), pela eficiência dos serviços prestados, tornando-se o primeiro hospital acreditado no Estado do Tocantins. Ele também foi o único do Estado do Tocantins e o segundo da região Norte do Brasil contemplado com o prêmio "**Melhores Hospitais Públicos do Brasil**", que avaliou a qualidade, eficiência e satisfação dos serviços prestados à população.

A premiação inédita foi realizada pelo Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross), em novembro de 2022.

Somos igualmente acreditados com certificação internacional **QMENTUM DIAMOND** nas unidades gerenciadas AME – Ambulatório Municipal de Araguaína, UPA 24h Mansão Odisseia, UPA 24h Anatólio Dias Carneiro, UPA 24h Benedito Bentes e UPA 24h Trapiche da Barra.

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

O Hospital Municipal de Araguaína manteve em setembro de 2022 o selo de acreditação internacional qmentum, nível de excelência diamante. A visita para certificação foi realizada nos dias 30 e 31 de outubro de 2022 e 01 de setembro de 2022. A metodologia QMentum Internacional orienta e monitora padrões de alta performance em qualidade e segurança na área de saúde.

A unidade de pronto atendimento 24h Trapiche da Barra é certificada pela metodologia ONA nível Pleno desde 2021. No dia 22 de setembro de 2022 a unidade teve sua recertificação. A UPA Trapiche da Barra tem capacidade para atender até 350 pacientes por dia, com média de 08 mil atendimentos por mês. Atendimentos de urgência em Clínica Médica, Ortopedia, Odontologia e Pediatria.

Para conquistar o selo de certificação ONA nível 2- Acreditado Pleno é necessário cumprir ou superar ao menos 70% os padrões de Gestão Integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.

Unidade Upa Benedito Bentes é certificada pela metodologia ONA de certificação desde 2021. No dia 21 de setembro de 2022 a instituição manteve sua certificação ONA- nível 01 Acreditado. Para ser certificado nível 01 -acreditado a organização de saúde cumpre ou supera, em 70% ou mais, os padrões de qualidade e segurança definidos pela ONA. São avaliadas todas as áreas de atividades da instituição, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.

O Instituto agora tem o selo **Acreditado Diamond da Qmentum International**, sendo a primeira organização de saúde do Norte e Nordeste do país, e a segunda da América Latina, a ser acreditada como excelência internacional em Rede de Atenção à Saúde. A certificação em rede aconteceu no dia 01 de outubro de 2022.

Pela gestão em rede desenvolvida pelo ISAC, também foram acreditadas as seguintes unidades:

- AME – Ambulatório Municipal de Araguaína
- HMA – Hospital Municipal de Araguaína

- UPA 24h Mansões Odisseia
- UPA 24h Anatólio Dias Carneiro
- UPA 24h Benedito Bentes
- UPA 24h Trapiche da Barra

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** também é uma instituição que preza pela tecnologia no desenvolvimento da saúde e, principalmente, agregando ao dia a dia, facilitando o trabalho de quem está nas unidades, trazendo mais agilidade, produtividade e segurança das informações.

Para tal, o **ISAC** sempre trabalha com o objetivo de suas instituições utilizarem prontuários eletrônicos dos pacientes (PEP) 100% digitais, com todos os usuários registrando informações através de certificado digital e sistema aderente à Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD.

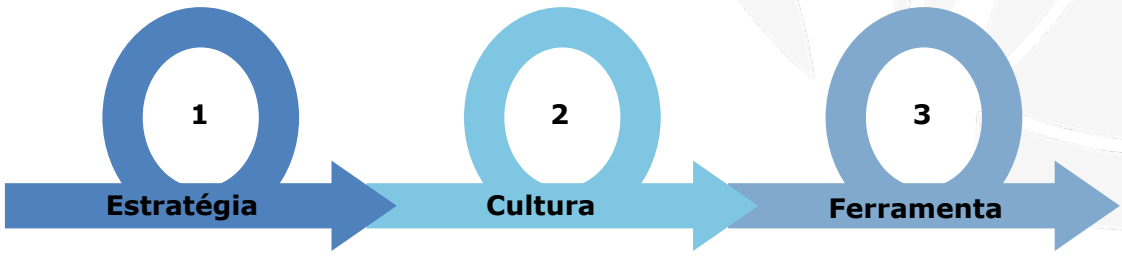
A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) é uma legislação brasileira que visa proteger os dados pessoais dos cidadãos, regulando a forma como esses dados são coletados, armazenados, usados e compartilhados. A importância da LGPD reside no fato de que as informações pessoais são um ativo valioso e sensível, que podem ser utilizadas para diversos fins, incluindo publicidade direcionada, marketing, análise de dados e até mesmo para fraudes. Com a LGPD, as empresas e instituições são obrigadas a adotar medidas de segurança e privacidade para proteger os dados pessoais dos indivíduos, garantindo mais transparência e controle sobre as informações que são coletadas e tratadas. Além disso, a LGPD promove a confiança e a credibilidade nas empresas, fortalecendo a relação de confiança entre elas e seus clientes. Em suma, a LGPD é importante para proteger a privacidade e a segurança dos dados pessoais, garantindo que as informações dos cidadãos sejam tratadas de forma responsável e ética.

1.14. Modelo de Gestão e Governança do ISAC

Para oferecer aos usuários um serviço de saúde com agilidade e qualidade, teremos um breve espaço de tempo para a implantar uma Gestão em Saúde focada na busca de ações planejadas e pautadas em avaliação de cenários e tomada de decisões, com a finalidade de prestar serviços assistenciais em todos os serviços e nas diversas complexidades e níveis de assistência, com uma equipe multiprofissional técnica qualificada e capacitada.

Os princípios que sustentam nosso modelo de gestão e governança norteiam as ações de nossos colaboradores próprios e dos terceirizados que atuam em nossas unidades. São princípios de fácil absorção, e os resultados já são comprovados na prática, e o foco é atuar em três pilares – **Estratégia, Cultura e Ferramentas**.

Basicamente, cada pilar se desdobra em três elementos, no qual estão inseridos na **METODOLOGIA LEAN** adotada pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, no seu modelo de gestão e governança.



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

1) Estratégia:

- ✓ Atender a demanda com Qualidade;
- ✓ Aumentar a Satisfação de pacientes, acompanhantes e colaboradores;
- ✓ Gerir os custos.

2) Cultura:

- ✓ Atitude de Empreendedor;
- ✓ Melhoria Contínua;
- ✓ Disciplina Operacional.

3) Ferramentas:

- ✓ Processos Padronizados;
- ✓ Treinamentos (Educação Permanente);
- ✓ Tecnologia da Informação.

Os pilares dos princípios adotados pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** são baseados no respeito e valorização ao paciente e ao colaborador, a humanização do atendimento, além da adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e as necessidades da população, todas, reflexos da aplicação do nosso modelo de gestão e governança baseado na cultura de fluxo enxuto voltado para saúde.

Este modelo que será descrito a seguir, consolida um modelo de gestão e governança em saúde inovador e pioneiro, o que vem tornando o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC,** referencial de excelência na prestação de serviços de saúde no Brasil.

1.15. Desenvolvimento do Modelo de Gestão e Governança do ISAC

As dificuldades internas das organizações, em seus múltiplos aspectos provocam a queda na qualidade dos serviços oferecidos, sendo frequente a insatisfação dos clientes, que, além de não receberem o tratamento de que necessitam, não têm acesso às informações internas.

A **qualidade** tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas dos usuários dos serviços em saúde.

Toda instituição que atua na área da saúde, dada a sua missão essencial em favor do ser humano deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma, que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa e econômica. As ações devem ter como razão 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 assistência melhor e humanizada voltada ao paciente.

O modelo de gestão e governança proposto pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** objetiva rever práticas organizacionais baseadas nas teorias clássicas, e visa, uma gerência com maior descentralização das decisões, compartilhamento de autoridade, estrutura dinâmica com interdependência entre os serviços, podendo haver mudanças e adaptações contínuas conforme as necessidades ambientais.

Esse modelo de gestão proposto é baseado na cultura de fluxo enxuto (*Lean Helthcare)*, cuja proposta de gestão direciona para o trabalho padronizado, que possibilita aos colaboradores ficarem na atenção ao paciente, enxergando melhor as possibilidades de melhoria e eliminação do desperdício, no dia a dia de suas atividades.

Nosso modelo de gestão é realizado com atenção máxima no *gemba* (local onde o trabalho acontece), o que possibilita que os erros sejam prontamente identificados, valorados

e corrigidos de maneira definitiva, com a colaboração dos responsáveis pela realização daquele processo no dia a dia.

A desconexão entre os objetivos das organizações em saúde e dos usuários é latente. O fato de os usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal qualificado e de insumos, bem como, do aumento da demanda por serviços ser maior que a capacidade de atendimento das unidades, dentre outros fatores, frequentemente resulta nos usuários e familiares, um sentimento de desconsideração para com os seus problemas.

O paciente no centro da atenção do processo, como utilizado em nosso modelo de gestão, permite que todo o fluxo de valor seja mapeado, pensando sempre na perspectiva do paciente, sendo que todo o fluxo é trabalhado para melhorar as ações que agregam valores para o usuário, e tudo aquilo que não agrega valor é um desperdício, devendo ser eliminado ou minimizado ao máximo.

1.16. Metodologia LEAN Aplicada à Saúde pelo ISAC

A METODOLOGIA LEAN aplicada à saúde desenvolvida pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, é baseada em:

- **M**elhoria contínua;
- **E**rro valorizado (buscar causa raiz do problema);
- **T**empo ("*just-in-time*");
- **O**lho no paciente;
- **D**esperdício eliminado (enxuto);
- **O**rganizar e Padronizar;
- **L**ocal onde o trabalho acontece (GEMBA);
- **O**lho (visível – Kanban / Gestão visual);
- **G**ente;
- **I**r e Ver;
- **A**3 (Método para solução de problemas);
- **L**inearidade (Fluidez);
- **E**quilíbrio (Nivelamento / Puxado);
- **A**nalisar o fluxo de valor (Mapear);
- **N**orte verdadeiro (Propósito).

É nessa metodologia acima descrita, focada na assistência ao usuário, na redução de custos desnecessários e na melhoria contínua da qualidade que se baseiam todos os fluxos dos processos e tomadas de decisões, na execução de serviços do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, conforme serão melhor apresentados e discutidos no decorrer deste documento técnico.

A **METODOLOGIA LEAN** aplicada à saúde é muito mais que uma simples ferramenta ou método de gestão, ela envolve uma adoção institucional de uma cultura com valores sólidos e claros que permeiam ações, ferramentas, discussões que implementadas, resultam em crescimento institucional com resultados para o paciente/usuário.

No LEAN o erro não é visto como um vilão como acontece na maioria das instituições tradicionais, aqui o **erro é valorizado**. Isso significa que erros sempre irão acontecer e todos devem estar atentos para que, caso ocorra, imediatamente ele deva ser identificado, corrigido e gere uma discussão ampla, para que a causa-raiz seja encontrada.

Quando o erro é tratado dessa maneira conseguimos propor soluções definitivas para que ele não volte a ocorrer, difundir essa correção na instituição e melhorar processos. Só conseguimos fazer esse trabalho quando deixamos de procurar culpados e passamos a procurar erros e solucioná-los de forma definitiva trabalhando na melhoria de processos.

Na assistência em saúde tradicional, o foco em segurança do paciente é obrigatório, a qualidade já vem sendo trabalhada (nós acreditamos também ser uma obrigação), mas a eficiência geralmente é negligenciada. Dentro da metodologia LEAN existe uma preocupação permanente com o **tempo (just in time)**, que é traduzida com uma oferta de serviços de saúde, de acordo com a demanda e no tempo que é necessário, colocando os esforços da equipe assistencial, de acordo com a necessidade da demanda dos pacientes/usuários.

Isso começa no acolhimento, com a classificação de risco em que priorizamos o atendimento de acordo com as condições clínicas, atendendo prioritariamente pacientes mais graves em ambiente específicos e com equipe assistencial adequada para a situação.

O foco do serviço de saúde LEAN é claramente o paciente, nosso **olhar está voltado para o paciente/usuário.** Quando isso acontece, todos da instituição deixam de olhar exclusivamente para o seu trabalho, o seu setor, os seus problemas e passam a pensar como que seu trabalho/setor está envolvido no fluxo de valor do paciente e em como ele pode se

integrar aos outros serviços para que, em conjunto, todos contribuam para melhorar a experiência do paciente dentro da instituição.

A busca pela melhoria contínua envolve o esforço de **organizar e padronizar** os processos. Toda organização é feita de pessoas e processos. Quando olhamos para os processos e organizamos na forma de estabelecer um trabalho padronizado, todas as pessoas passam a seguir aquele padrão, garantindo a entrega do serviço de forma uniforme. Importante salientar que um trabalho padronizado não significa imutável, engessado, em que as pessoas realizarão funções robotizadas.

Quando o processo é padronizado e as pessoas o seguem de forma sistemática elas têm muito mais tempo ou espaço no seu dia a dia, para analisar aquele processo e enxergar formas de melhorá-lo, gerando assim a interação ideal para instituição dos elementos que a compõem.

As decisões de gestão do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** pautadas no LEAN envolvem toda a equipe e, portanto, não pode ficar limitada aos escritórios e planilhas. Nosso fluxo de trabalho, mesmo gerencial, inclui ir ao **local onde o trabalho acontece (*GEMBA)***.

Nenhuma ação pode ser gerada baseada em relatos ou relatórios, todas as ações e projetos devem participar de uma análise de informações, mas sobretudo da observação *in loco* do problema e do diálogo com as pessoas que realizam aquele trabalho e estão envolvidas com aquele problema. Ninguém melhor para pensar em uma solução de problema do que quem convive com ele no dia a dia.

Uma proposta de metodologia que envolve toda uma cultura organizacional só pode ser implementada e continuada quando envolve **gente.** Toda essa forma de gestão só é possível quando as pessoas da instituição entendem os benefícios, compartilham os valores, vivenciam os ensinamentos e trabalham diariamente com a intenção da melhoria contínua. Para isso as pessoas devem ser valorizadas, ouvidas, ter espaço para participação e proposição, independente de posição, cargo ou função.

A partir do momento que se entende que gente (paciente-usuário) é o centro da nossa atenção e que gente (colaboradores) é que fazem essa metodologia se perpetuar e se fortalecer, a instituição passa a ter resultados assistenciais melhores a cada dia. A necessidade de conhecer o local onde as coisas acontecem ficou muito clara e para isso é preciso **ir e ver *(GenchiGenbutsu).*** A gestão só pode ser feita se os gestores entenderem que não podem ficar confinados em seus escritórios. É necessário que TODOS vão a campo para observar o

fluxo dos pacientes, conversar com colaboradores, medirem tempos, observarem processos como um todo e não limitados a setores, caminhem, respirem e vivenciem a realidade do paciente e dos colaboradores, um verdadeiro exercício de empatia contínua.

Uma instituição de saúde está entre as instituições corporativas mais complexas na atualidade, pelo grande número de serviços, pessoas, processos, inovação e ciência envolvidos. Nesse contexto tão amplo é normal que problemas aconteçam e o importante é que eles sejam identificados e solucionados. A ideia é que o problema deva ser contextualizado, esmiuçado até que seja encontrada a causa-raiz, que se desenhe o estado futuro desejado para a situação e a solução planejada a partir daí, com ações, pessoas e prazos definidos, além de métricas para avaliação e acompanhamento.

Ao se buscar o fluxo linear e fluido para o paciente, a equipe deve seguir processos com **equilíbrio (nivelamento)**. Isso se dá a partir do momento que se tem o entendimento que quem determina o ritmo de trabalho e qual serviço será prestado é o paciente.

A equipe assistencial está a postos, treinada e preparada, mas o trabalho será realizado de acordo com a demanda do usuário, o que denominamos de fluxo "puxado", contrário do que acontece na maioria dos serviços em que o fluxo é "empurrado", ou seja, a instituição produz o trabalho em lotes e de acordo com as suas necessidades, sem nivelamento com as necessidades dos usuários.

Paciente/Usuário no centro, processos equilibrados e lineares são conseguidos quando a instituição se preocupa em **analisar e mapear o fluxo de valor (MFV).** Mapear o fluxo de valor significa fazer uma análise detalhada, observacional, no local onde o trabalho acontece, se colocando no lugar do paciente e das pessoas que realizam o trabalho, medindo os tempos das etapas.

Isso tudo para podermos entender toda jornada do paciente/usuário no serviço de saúde e conseguirmos enxergar os pontos de melhoria, os desperdícios, o que agrega valor para o paciente. Com esse mapeamento conseguimos trabalhar "em busca" do cuidado perfeito.

Todas essas premissas e conceitos só conseguem ser aplicados se todos da instituição, em todos os níveis hierárquicos, tiverem muita clareza de onde quer chegar. Para evoluir e melhorar continuamente é necessário ter meta e saber por que está se fazendo isso. Qual é a busca? Melhorar até quando? Essas perguntas são respondidas através do **norte verdadeiro.**

Para uma instituição de saúde esse norte verdadeiro, pode ter diferentes nuances, mas sempre estará ligado na busca da excelência na prestação de serviço ao paciente. A jornada é ininterrupta, mas ela se torna muito mais prazerosa e com significado quando temos um **propósito.**

1.17. Aplicação do Modelo de Gestão e Governança pelo ISAC

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** por meio da aplicação do seu modelo de gestão e governança, no qual acima foi discorrido em suas linhas gerais e teóricas, visa tornar o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** hospital geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência/emergência e SADT, a partir de demanda referenciada (SER/SES-GO) e/ou espontânea, em referência no segmento, não apenas no Estado de Goiás, mas em extensão nacional.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** tem como Negócio, Missão, Visão e Responsabilidade deste PROJETO o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** com as seguintes proposições:

- **Negócio:** Prevenção, promoção e tratamento à saúde e a qualidade de vida aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, gratuitos e acessíveis à população, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** hospital geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência/emergência e SADT, a partir de demanda referenciada (SER/SES-GO) e/ou espontânea.

- **Missão:** Prestar atendimento hospitalar humanizado, seguro e eficiente aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS atendidos no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** com qualidade, resolutividade e agilidade, buscando restaurar e restabelecer a saúde física, mental e social do paciente, a partir da adoção de estratégias que otimizem o uso dos recursos disponíveis, incluindo a gestão eficiente e a excelência assistencial.

- **Visão:** Ser o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** uma unidade de referência para a complexidade de atuação, com desempenho diferenciado, comprometido com a humanização e a qualidade dos

serviços prestados, buscando sempre a total satisfação dos seus usuários e a otimização dos recursos.

Com o enfoque na modernização e inovação da gestão serão apresentadas a formas de gerir o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** contemplada neste Projeto Técnico, pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, no discorrer da metodologia aplicada à prática, com foco em: Qualidade, Qualificação Técnica, Eficácia, Eficiência, Efetividade e Economicidade.

Com a liderança dos seus dirigentes, caminhando conjuntamente com os dirigentes públicos, estimulando mudanças e transformações de comportamentos, mentalidade, atitudes e rotinas de trabalho, por meio da implantação da cultura institucional e princípios e diretrizes do SUS, um dos pilares do nosso modelo de gestão, os serviços de saúde serão referência em seu seguimento.

A alocação de recursos adequada, vinculando-se às prioridades estratégicas e à definição de metas explícitas e verificáveis através de indicadores de desempenho, permitirá o equilíbrio financeiro do contrato de gestão.

O uso destes instrumentos tem foco no paciente-usuário, simultaneamente assegurando a racionalização dos processos de trabalho. Assim sendo, os objetivos do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** serão alcançados somados ao alto nível de satisfação dos usuários que será nossa principal missão.

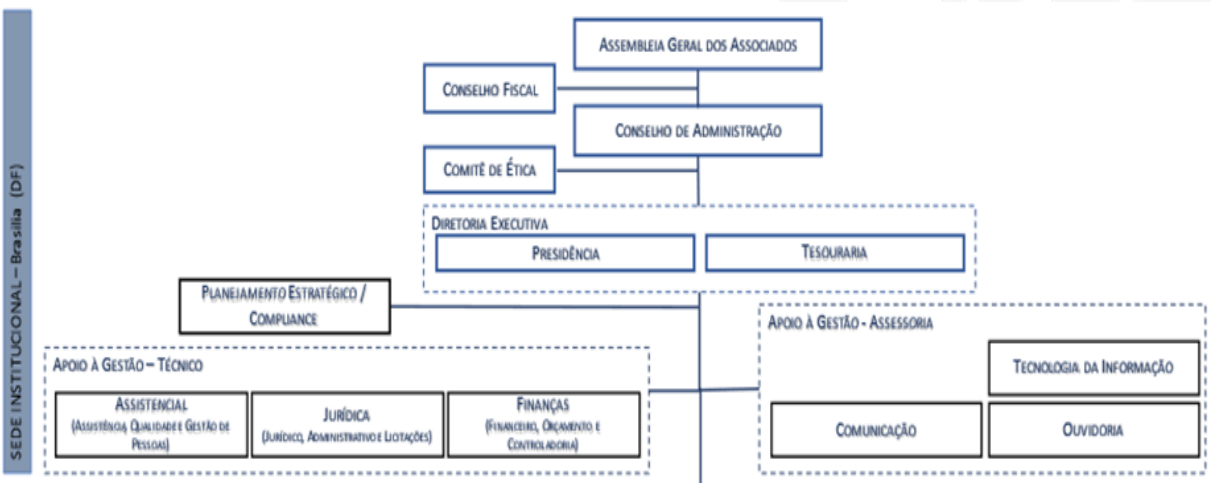
Conforme discorrido anteriormente sobre o Modelo de Gestão e Governança do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, todos os fluxos, processos e protocolos visam a eficácia das ações de assistência, com eliminação total de desperdícios ou minimização dele, e humanização das relações entre a equipe multiprofissional e os beneficiários do sistema de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** demonstrará documentalmente neste documento técnico a capacidade gerencial que possui, por meio do desenvolvimento e apresentação da estruturação diretiva da unidade e habilidade na execução das atividades assistenciais na busca de desenvolvimento tecnológico e científico.

O uso de tecnologia para interligar essa rede e facilitar a interoperabilidade do sistema será proposto para avaliação e implementação na região de saúde. Em parceria com a *Allm* a

utilização do sistema *Join* possibilitará a comunicação eficiente dos profissionais e unidades que integram as linhas de cuidado definidas para a região de saúde. Outro projeto inovador que facilita a gestão e as práticas de saúde e que será proposto é o de mineração de processo, utilizando os sistemas de ERP das unidades de saúde, quando conseguimos integrar com a plataforma da *Upflux* para a mineração do processo e mapear os fluxos, analisar conformidades e trabalhar na melhoria dos processos de forma integrada.

1.18. Organograma da Sede Institucional do ISAC



1.19. Informações Cadastrais do ISAC

Razão Social	**INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC**				
CNPJ	**14.702.257/0001-08**				
Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)					
Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências					
Endereço	**ST SCS QD 09 BL C TORRE C ED. PARQUE CIDADE CORPORATE PARTE V-1**				
Cidade	**BRASÍLIA**	**CEP**	**70.308-200**	**UF**	**DF**
Telefone	**61 30212976**				
E-mail	**PROJETOS@ISAC.ORG.BR**				
Dados Bancários	**BANCO DO BRASIL**	**Agência**		**Conta-Corrente**	**A informar posteriormente**
Responsável Legal	**EVANE DE LOURDES SIMONASSI CORBACHO**				
CPF	**510.743.706-00**	**RG**	**1.854.458**	**Órgão Exp**	**SSP/DF**
Cargo	**PRESIDENTE**				
Endereço	**SHIGS 714 BLOCO L CASA 06 - ASA SUL**				
Cidade	**BRASÍLIA**	**CEP**	**70.380-762**	**UF**	**DF**
Telefone	**61 9228-9668**				
E-mail	**PRESIDENCIA@ISAC.ORG.BR**				

1.20. Gestão Técnica - Assistencial do ISAC

O sistema público de saúde em um estado como Goiás, cuja unidade é situada no município de Goiânia, deve ter as suas regionalidades preservadas, assim como as suas redes de assistência para garantir a proteção às pessoas. A presente proposta preserva essa regionalidade e o fortalecimento da rede de atenção à saúde, através de gestão técnica e organizacional, das unidades de saúde, em consonância com as Políticas de Públicas de Saúde no âmbito do SUS e diretrizes da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

Discorreremos em detalhes sobre a unidade hospitalar no item – **Conhecimento do Objeto** (4).

A metodologia de gestão assistencial está pautada na execução do contrato de gestão com metas de produção e de qualidade, e o gerenciamento do planejamento estratégico elaborado com metas anuais, que se definem conforme análise dos dados epidemiológicos e a partir das demandas técnicas provenientes da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás com** o objetivo de qualificar a gestão administrativa e de desempenho no que tange produção de cuidado técnico assistencial. A metodologia de gestão assistencial em rede já é uma prática do **ISAC**, considerando que o Instituto é integrante de um processo de acreditação em rede. Essa *expertise* e a implementação do modelo de gestão alinhado às diretrizes da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** será o garantidor da execução plena e exitosa da proposta apresentada.

Nesta perspectiva essa gestão organiza os serviços de acordo com sua linha de cuidado, numa lógica de qualificação dos processos, sistematização, articulação de rede e controle de resultados por meio de indicadores.

Perspectiva de Organização da Gestão

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** atua numa lógica de trabalho agrupado com critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade, visando reduzir a fragmentação das ações, com maior articulação operativa entre os diferentes técnicos atuantes, possibilitando a cada profissional visão ampliada da finalidade de seu trabalho buscando maior eficiência e eficácia, levando em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde, da integralidade, da universalidade e equidade.

A proposta para a gestão integrada do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** junto com as áreas da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** nesse projeto inicia pela constituição de uma estrutura institucional conforme organograma proposto nesse projeto. Essa estrutura estará integrada e de acordo com a estrutura organizacional e de governança

do ISAC, dentro dos níveis hierárquicos correspondentes e aderentes às políticas e diretrizes da instituição, sendo fundamental como catalisador e executor do desdobramento dos objetivos estratégicos institucionais em consonância com o projeto, diretrizes da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** do SUS.

As políticas institucionais que norteiam as atividades do Instituto são:

- Política de compras, contratações e alienações;
- Política de consequências;
- Política de comunicação integrada;
- Política de planejamento estratégico;
- Política de classificação da informação;
- Política de segurança da informação;
- Política de segurança na cadeia medicamentosa;
- Política de gestão de qualidade e segurança;
- Política de gestão de riscos;
- Política de sustentabilidade financeira;
- Política de registro seguro.

Todas as Políticas acima descritas estão apresentadas como **ANEXO** deste plano de trabalho.

Cada política deverá ser traduzida para os colaboradores nas unidades através de documentos operacionais (protocolos, procedimentos operacionais padrão, regulamentos) e implantação de comissões e núcleos conforme o perfil assistencial e epidemiológico a unidade.

A estrutura institucional regional será a responsável por coordenar todas as atividades para garantir o atendimento dos objetivos estratégicos, metas contratuais e melhorias propostas. Essa coordenação é realizada através de definição de indicadores estratégicos comuns a todas as unidades e objetivos estratégicos definidos para cada unidade conforme seu perfil e necessidades locais.

O sistema de controle é feito através de relatórios mensais de prestação de contas e reunião de apresentação de resultados, onde todos os indicadores são apresentados, bem como toda a análise crítica e ações de correção programadas. Esse mesmo sistema é replicado internamente em cada unidade para garantir o desdobramento da estratégia e a aferição de resultados, realizado através de reunião formal, denominada "*Café com Gestão*", em que o

gestor de cada unidade, se reúne para apresentação de indicadores e análises críticas com os seus liderados.

A equipe de gestão faz sistematicamente o acompanhamento da unidade e seus indicadores, conforme descrito abaixo:

Indicadores de Desempenho
Taxa de Ocupação Hospitalar
Média de Permanência Hospitalar
Índice de Intervalo de Substituição (horas)
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

Os indicadores de desempenho hospitalar são medidas utilizadas para avaliar a efetividade, eficiência e qualidade dos serviços prestados por um hospital ou sistema de saúde. Eles são importantes porque permitem que os gestores monitorem o desempenho da instituição, identifiquem pontos fortes e fracos, e tomem decisões informadas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos pacientes.

Os indicadores de qualidade na gestão hospitalar são ferramentas que permitem avaliar o desempenho, a eficiência e a eficácia dos processos e serviços de saúde. Eles servem para identificar as necessidades e expectativas dos pacientes, dos profissionais e da sociedade, bem como as oportunidades de melhoria contínua. Os indicadores de qualidade na gestão hospitalar podem ser classificados em diferentes categorias, tais como:

- Indicadores de estrutura: referem-se aos recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos disponíveis para a prestação de serviços de saúde.

- Indicadores de processo: referem-se às atividades realizadas para alcançar os objetivos e metas da organização, como por exemplo, os protocolos clínicos, as rotinas administrativas e as normas de segurança.

- Indicadores de resultado: referem-se aos efeitos e impactos dos serviços de saúde sobre a saúde e a satisfação dos pacientes, dos profissionais e da sociedade, como por exemplo, a taxa de infecção hospitalar, a mortalidade e a qualidade percebida.

Os indicadores devem ser definidos com base em critérios como relevância, validade, confiabilidade, sensibilidade, especificidade e comparabilidade. Eles devem ser monitorados periodicamente e divulgados para os diversos públicos envolvidos. Os indicadores de qualidade na gestão hospitalar contribuem para o aprimoramento da qualidade da assistência, da segurança do paciente, da gestão do conhecimento e da transparência.

Esses indicadores podem ser usados para avaliar o desempenho do hospital em relação a padrões de qualidade estabelecidos por agências reguladoras e pela **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás além** de fornecer informações valiosas para os pacientes e comunidade.

O **Instituo Saúde e Cidadania – ISAC** trabalha com indicadores padronizados para a gestão de unidades hospitalares sob o seu gerenciamento, todavia, atenderá plenamente o instrumento pactuado (contrato de gestão) quanto aos indicadores de produção, desempenho e qualidade, bem como as premissas para a transparência do monitoramento, fiscalização, avaliação e controle.

Estas ações e instrumentos, entre outros, são utilizados para medir uma realidade, como parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados.

Além do papel desempenhado acima, a estrutura institucional regional é fundamental para ter um olhar sistêmico sobre a rede de atenção à saúde da área, permitindo que tenham o seu perfil assistencial claro, sua posição no nível de complexidade adequado e, principalmente, que todas essas unidades se interrelacionem. A relação harmônica, organizada, com fluxos definidos e linhas de cuidado estabelecidas é essencial para o funcionamento integrado de todas as unidades dentro de uma estrutura de rede de atenção à saúde, garantido que o paciente do SUS tenha um fluxo de atendimento em todos os pontos de atenção, conforme sua necessidade, em tempo oportuno e de forma integrada, preferencialmente com implementação e aprimoramento da interoperabilidade.

A estrutura de rede de atenção à saúde será garantida através de comitê de gestão com função técnica específica para apoiar as ações conjuntas e uniformes nas unidades, bem como

firmando os acordos necessários para o fluxo do paciente entre essas unidades, em consonância com as diretrizes da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

Por fim, a implantação do modelo de gestão proposto pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** atenderá a estratégia dotada pelo governo estadual de Goiás no sentido de favorecer a modernização, assegurar a eficiência e a qualidade dos serviços, qualificar o serviço ofertado ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) com humanização, equidade e garantia de acesso.

A execução da proposta de trabalho pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** observará as seguintes premissas:

- Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal 8.080/1990, pautando-se pela preservação da missão da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** também em observância à legislação ambiental e às normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente aos usuários;
- Resolubilidade e qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
- Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;
- Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil hospitalar;
- Busca de certificação de qualidade em saúde;
- Observância da Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;
- Política de Educação permanente do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades enquanto Ensino, Estágios de Graduação e Pós-Graduação do ensino profissionalizante e tecnológico, da Graduação do ensino superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação Lato Sensu, Especialização e Residência Multiprofissional e outras áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC,** ao ser consagrado vencedor do certame**,** se pautará nos seguintes PRINCÍPIOS, LEGISLAÇÕES e DIRETRIZES regulamentares para o adequado gerenciamento e padronização das atividades do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO):**

Prestar assistência gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme Proposta de Gestão.
Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à

população.
Manter dispositivos e ferramentas da Política Nacional de Humanização do SUS em todos os processos de atendimento hospitalar e ambulatorial, buscando sempre atingir maior resolutividade e excelência na prestação dos serviços ofertados aos usuários do SUS conforme proposto pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
Implantar modelo de gestão, buscando melhorias nos processos de gerência e racionalizando Recursos Humanos, Administrativos, Financeiros e Tecnológicos.
Operacionalizar atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar aos usuários, garantindo o cumprimento dos fluxos estabelecidos pela SES-GO, em atenção aos princípios do SUS.
Promover em conjunto com a SES-GO, programas e ações de saúde para prevenção e controle de enfermidades vinculadas à saúde, conforme normas, critérios e diretrizes estabelecidas.
Pautar por resultados quantitativos e qualitativos, previamente acordados, cabendo ao Órgão supervisor, o acompanhamento dos indicadores definidos no contrato de gestão.
Adotar rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais, de Gestão e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e Gestão, que contemplem desde os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos.
Cumprir a Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que trata da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo - se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), institui a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário.
Cumprir a Portaria de Consolidação n° 2, de 28 de setembro de 2017, do

Ministério da Saúde, ressalta que o NIR será considerado implantado quando estiver com equipe de referência nomeada institucionalmente e exclusivamente para a atividade de regulação, operante 24 horas, durante 7 dias por semana, com plano de ação elaborado e em execução, com indicadores prioritários definidos para monitorar os processos do Plano de Ação e os Resultados, e atuando em consonância com as diretrizes do Sistema Estadual de Regulação – SER.
Constituir Equipe do NIR deverá ser constituída minimamente de: (1) médico, (1) enfermeiro e (4) operador/assistente social, sendo que nenhum deles poderá exercer atividades assistenciais concomitantemente à atividade de regulação nesta portaria imposta.
Informar o quantitativo de profissionais médicos e suas especialidades, que estão destinados ao atendimento de porta aberta nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias na semana.
Informar o quantitativo de profissionais médicos e suas especialidades que serão responsáveis em cumprir a escala de sobreaviso. Fica estabelecido que o médico de sobreaviso deverá atender ao chamado em até 02 (duas) horas após o acionamento.
Informar o quantitativo e as especialidades que compõem o quadro de Médicos Hospitalistas e seus respectivos horários.
Informar os procedimentos por especialidades e quantidades realizados a nível ambulatorial.
Informar o quantitativo mensal de consultas ambulatoriais de 1ª vez por especialidades médicas e não médicas.
Informar o número de procedimentos cirúrgicos/mês por especialidades médicas.
Informar a produção interna e externa dos exames de imagem e procedimentos realizados no SADT.
Informar a quantidade de usuários saídos/mês por unidades de internação.
Informar a quantidade de diárias hospitalares/mês das Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrica e neonatal.
Adotar Prontuário Único do Usuário, físico e informatizado, 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, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME; as informações deverão ser repassadas a SES-GO ao término do contrato de gestão por meio de conteúdo digital.
Dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemple, no mínimo: controle de estoques (almoxarifado, farmácia e nutrição), sistema de custos, prontuário médico observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº 1.821/2007, serviços de apoio e relatórios gerenciais, que atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá a Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento mensal dos relatórios de prestação de contas à Secretaria de Estado de Saúde Pública.
Manter serviço de manutenção de equipamentos médico-hospitalares e predial, que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, assim como, serviço de gerenciamento de equipamentos de saúde (Engenharia Clínica), tecnologia da informação, para-raios/ e monitoramento dos ambientes hospitalares.
Apresentar a inventário trimestral dos equipamentos médicos hospitalares (servíveis e inservíveis). Assim como, inventário de instrumentais existentes na CME/CENTRO CIRÚRGICO.
Dispor de Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, que será responsável pela realização de Vigilância Epidemiológica de Doenças de Notificação Compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme as diretrizes da Portaria GM n° 2.529 de 23/11/2004, e da Portaria GM/MS Nº 1.693, de 23/07/2021, que institui no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE.
Dispor e manter em funcionamento ininterrupto o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, com formação de equipe técnica exclusiva responsável pela realização de ações de vigilância epidemiológica e notificação imediata em até 24 (vinte e quatro) horas, das doenças de notificação compulsória imediata e óbitos por agravos, de interesse para a saúde pública conforme as diretrizes da Portaria MS/GM nº 183, de 30/01/2014 e Portaria MS/GM nº 264, de 17/02/ 2020 e PT MS/GM Nº 1.102, de 13/05/2022.

Encaminhar os dados estatísticos às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, conforme fluxo de informações na saúde, com cópia para Coordenação Estadual do NHE, pelo meio de comunicação mais rápido disponível e fazer a transferência de informação dos demais agravos de notificação, semanalmente.
Designar profissional de nível superior com experiência em Vigilância Epidemiológica como responsável pelas atividades do referido núcleo em consonância com a Portaria MS/GM nº 183, de 30/01/2014, bem como deverá estabelecer e executar escala de plantão extra aos sábados, domingos, feriados e dias facultados a fim de garantir a continuidade das ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de forma integral e oportuna.
Seguir as determinações da RDC nº 36, de 25/07/2013, quanto a obrigatoriedade de constituir e manter em funcionamento sistemático e contínuo o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), nomear a sua composição conferindo aos membros, autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, disponibilizar além de recursos humanos e financeiros, equipamentos, insumos e materiais, profissional responsável pela condução dos trabalhos com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde. O descumprimento das disposições contidas na RDC acima constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20/08/1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.
Atender as legislações sanitárias federais, estaduais e municipais a elas aplicáveis.
A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deve implementar ações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com a RDC da Anvisa nº 306, de 07/12/2004, a Resolução do CONAMA nº 358, de 29/04/2005; RDC 222, de 28/03/2018 e legislações estadual e municipal que tratam do assunto.
Constituir e manter servidores para relacionamento com a clientela em Ouvidoria e/ou Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU, Comunicação Social e de Relacionamento com o Usuário.
Servir de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde das Instituições de Ensino Médio/Técnico, de Escolas Públicas e Privadas, bem como de Ensino Superior que encontram-se localizadas no município, entes públicos e privados que estejam formalmente cooperados com o SES-GO/HERSO

ou estejam inseridos no campo de estudo e pesquisa em saúde, além da apresentação de propostas de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos.
Dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível com o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados.
Obedecer às 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 de Classes.
Fornecer À SES-GO o Login e Senha do sistema de Custos do Hospital, a fim de cumprir a Lei – Lei nº 12.527/2011, nova Lei da Transparência.
Resolução CFM nº2 .271/2017 e Portaria nº 930/2012 do Ministério da Saúde
RDC ANVISA nº 07/2010, Portaria nº 895/2017 Ministério da Saúde

Serão observados pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** igualmente os dispositivos legais atualizados abaixo relacionados:

- PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – Define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;
- Lei Federal nº 9.431/97 – Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) e constituição de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH nas Unidades Hospitalares;
- PT MS/GM Nº 2.616, de 12/05/1998 – Estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;
- Lei Federal nº 6.360, de 23/09/1976 - Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências e atualizações, incluindo as RDC que tratam do assunto;
- PT MS/GM Nº 67 de 21/02/1985 – Define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (esta sofreu várias alterações e inclusões através das Portarias Nºs: 01/DISAD, de 27/06/85; 607, de 23/08/85; 15/MS/SVS, de 23/08/88; 05, de 13/11/89; 122, de 29/11/93; 453/SNVS/DTN, de 11/09/96 e 843/MS/SVS, de 26/10/98);

- RDC Nº 50, de 21/02/2002 ANVISA - Regulamenta o planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo o território nacional, na área pública e privada e suas respectivas alterações/complementações;
- PT MS/GM 3.432, de 12/08/1998 - Estabelece critérios para a classificação e credenciamento de Unidades de Tratamento Intensivo;
- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHA);
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) – Define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;
- RDC Nº 430/2020, de 08/10/2020 – ANVISA – Dispõe sobre as boas práticas de distribuição, armazenagem e de transporte de medicamentos;
- RDC Nº 51, de 06/10/2011 – Estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde a serem avaliados pelo sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);
- Resolução COFEN nº 358/2009 – Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem;
- Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338/2004, de 06/05/2004 – Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica;
- PT MS/GM 1.863, de 29/09/2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- PT MS/GM 1.864, de 29/09/2003 - Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192;
- PT MS/GM 2.048, de 05/11/2002 – Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- PT MS/GM 1.559, de 01/08/2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS;
- PT MS/GM 2.529, de 23/11/2004 - Institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- PT SVS/MS 453 – 01/06/1998 - Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;
- PT MS/GM Nº 1527, de 22/07/2004 - Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH;

- PT MS/SAS Nº 202, de 19/06/2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde;
- PT MS/GM Nº 1.168, de 15/06/2004 - Institui a Política Nacional de Atenção do Portador de Doença Renal;
- PT MS/SAS Nº 1.020, de 29/05/2013 - Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha;
- Portaria Nº 403, de 07/05/2015 - Disciplina a aquisição, o recebimento, a utilização e o controle de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) pelas Unidades Hospitalares subordinadas à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS).
- PT MS/GM 1.820, de 13/08/2009, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde;
- PT MS/GM Nº 1.378, de 09/07/2013, regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- PT MS/SAS Nº 183, de 30/01/2014, regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação;
- PT MS/SAS Nº 140, de 27/02/2014 - 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);
- PT MS/GM Nº 793, de 24/04/2012 - Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS;
- PT MS/GM Nº 1.377, de 09/07/2013, aprova os protocolos de segurança ao paciente (cirurgia segura, higiene das mãos, úlcera por pressão);
- PT MS/GM Nº 2.095, de 24/09/2013, aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (prevenção de quedas, identificação, segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos – NT 01/2015 e NT 02/2015);
- RDC nº 15, de 15/03/2012 – ANVISA, dispõe sobre requisitos de boas práticas para processamento de produtos para a saúde e dá outras providências;

- RDC nº 34, de 11/06/2014 – ANVISA, dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue;
- PT MS/GM Nº 1.631, de 01/10/2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;
- PT MS/GM Nº 1.102, de 13/05/2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28/09/2017;
- PT Nº 02 MS/GM, de 28/09/2017 – Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS;
- PT MS/GM Nº 04, de 28/09/2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde;
- Lei Federal nº 9.434 de 04/02/1997 e alteração advinda Lei Federal nº 11.521 de 18/09/2007, dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências;
- Resolução CFM nº 2.174, de 14/12/2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;
- Resolução CFM Nº 1.826, de 24/2007, dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador;
- Decreto Federal nº 9.175 de 18/10/2017, dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências;
- Resolução CFM nº 2.173, de 23/11/2017, define os critérios do diagnóstico de morte encefálica;
- PT Nº 1.399 MS/SAS, de 17/12/2019, redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
- GM/MS nº 4, de 28/09/2017, que dispõe a Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, conforme as diretrizes da Portaria MS/GM nº 420, de 02/03/2022 e seguir o fluxo de notificação e informação para a vigilância epidemiológica municipal, que encaminhará para a Regional de Saúde, SES-GO e MS.
- Os artigos de uso único não são passíveis de reesterilização e, portanto, sua reutilização é proibida (Resolução RDC nº 156/2006 e Resolução RE nº 2605/2006 ANVISA/MS).

LEIS, NORMAS, PORTARIAS, RESOLUÇÕES E INSTRUÇÕES NORMATIVAS QUE TAMBÉM SERÃO SEGUIDAS PELO INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC, OBSERVANDO SUAS ATUALIZAÇÕES:

NR Nº 01 – MTE: Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Operacionais;

NR Nº 04 – MTE: SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho; **NR Nº 05 – MTE: CIPA – Comissão interna de Prevenção de Acidentes;** **NR Nº 06 – MTE: EPI – Equipamentos de Proteção Individual;** **NR Nº 07 – MTE: PCMSO – Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional;** **NR Nº 09 – MTE: PGR – Programa de Gerenciamento de Riscos;** **NR Nº 15 – MTE: Atividades e Operações Insalubres;** **NR Nº 17 – MTE: Ergonomia;** **NR Nº 23 – MTE: Proteção contra Incêndio;** **NR Nº 26 – MTE: Sinalização de Segurança.** **NR Nº 32 – MTE: Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde;**
Resoluções CONAMA nº 283/01 e 358/05 e RDC ANVISA nº 306/04: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
Portaria MS/GM nº 3.523, de 28/08/1998: PMOC – Plano de Manutenção, Operação e Controle.
NBR ISO/IEC 1.7027, de 27/12/2005 – Requisitos Gerais para a Competência em Realizar Ensaios e/ou Calibrações, incluindo amostragem.
NBR ISO/IEC 60.601, de 25/10/2010 – Requisitos Gerais para Segurança Básica e Desempenho dos Equipamentos Médicos.
Lei nº 8.213, de 24/07/91: Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências e alterações conforme Lei nº 9.732, de 11/12/1998.
Lei nº 9.732, de 11/12/1998 - LTCAT - Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho.
Instrução Normativa IN-INSS/DC nº 18 DE 14/04/2005: PPP – Perfil Profissiográfico Profissional e PT/MTP nº 313, de 22/09/2021.
RDC nº 330 – ANVISA, de 20/12/2019 – Estabelece os Requisitos Sanitários para a Organização e o Funcionamento de Serviços de Radiologia Diagnóstica ou Intervencionista e Regulamenta o Controle das Exposições

Médicas, Ocupacionais e do Público decorrentes do Uso de Tecnologias Radiológicas Diagnósticas ou Intervencionistas.
RDC – 509 - ANVISA, de 27/05/2021- Escopo de Gestão de Engenharia Clínica e NBR 15. 943/2011 ABNT: PGT: Plano de Gerenciamento das Tecnologias.
RDC nº 185 ANVISA, de 22/10/2001 - Classificação de Risco dos Produtos Médicos
Portaria Nº 312, de 30/04/2002 - Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar – 2002

2. CONHECIMENTO DO OBJETO

2.1. Caracterização do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO
CNES: a obter.
ENDEREÇO: Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta Radial. CEP: 74.820-300.
TIPO DE ESTABELECIMENTO: O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é uma unidade de Assistência especializada em média e Alta complexidade em urgência e emergência, ambulatorial, internação, SADT, Com atendimento de demanda referenciada/regulada.
GESTÃO: Administração Pública vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Goiás – GO.
ATIVIDADE: Assistência Hospitalar de Média e Alta Complexidade e Ambulatorial.
ATENDIMENTO: Demanda Regulada – Urgência e Emergência / Referência hospitalar para a rede por meio do SER / SES-GO / Serviço Ambulatorial / Serviço de Hospitalização/Internação – Bloco Cirúrgico e Bloco Clínico / SADT / UTI Adulto / Apoio Logístico.
FLUXO: Atendimento de Demanda Referenciada
FUNCIONAMENTO: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente, Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, sendo devidamente referenciado pelo Sistema Estadual de Regulação - SER/SES-GO.

Para o funcionamento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** serão consideradas as seguintes linhas de serviços: Unidade de Internação em clinica Cirúrgica, Clinica Médica, Clínica Neurológica Atendimento

Ambulatorial e Cirurgias, intervenções que abrangem as cirurgias de médio e grande porte, sob efeito de anestesia local/geral, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que estão em Internação Hospitalar e Atendimento Ambulatorial em Consultas médicas e não médicas de Multiprofissionais na atenção especializada, SADT interno e Externo, realização de biópsias, corresponde à realização de exames especializados e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade, e Terapia Renal Substitutiva – Hemodiálise.

Leitos Gerais de Internação: atualmente O Hospital **Estadual de Aparecida de Goiânia - Caio Louzada (HERSO)** possui 71 leitos (setenta e um leitos) destinados à internação de pacientes adultos, 10 (dez) leitos de UTI ADULTO, 05 (cinco) leitos Hospital dia e 14 (quatorze) leitos de observação todos destinados ao SUS

Os Atendimentos de Urgência e Emergência, assim como o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) interno, não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** ofertará esses serviços conforme necessidade do usuário, informando mensalmente a produção realizada.

As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC.**

A proposta de atuação desta unidade de saúde é otimizar a sua capacidade instalada e trabalhar no sentido de se obter elevado grau de resolutividade, evitando os encaminhamentos desnecessários e a sobrecarga de outros serviços de perfil assistencial semelhantes.

Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria SAES Nº 1.399 de 17/12/19 que redefine os critérios e

parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
Plano Estadual de Atenção Oncológica do Goiás, o qual é o instrumento essencial para assegurar o desenvolvimento de Projetos e Programas de fortalecimento da assistência oncológica.
Protocolo de Acesso à Rede de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do Estado de Goiás (Resolução 128 de 18/11/19), com o objetivo de orientar as equipes de atenção à saúde e regulação municipais quanto ao protocolo para agendamento de consultas especializadas em oncologia e/ou solicitação de internações para usuários do SUS do Estado de Goiás , de forma regulada, via SISREG e SER (Sistema estadual de regulação).
Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.
Política Nacional de Atenção em Traumato-Ortopedia de Alta Complexidade.
Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal e Portaria nº 389, de 13 de março de 2014 que define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico e as que se fizerem necessárias.
Portaria Nº 403, de 07/05/2015 - Disciplina a aquisição, o recebimento, a utilização e o controle de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) pelas Unidades Hospitalares subordinadas à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS).

ESTRUTURA FÍSICA

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** apresenta edificações estruturadas e adequadas para os serviços prestados.

LINHAS DE SERVIÇO

Para o funcionamento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

a.1) Saídas de Clínica Médica

a.2) Saídas Cirúrgicas

a.3) Internações em leitos de UTI adulto (não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas)

b) Cirurgias programadas: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial:

c.1) Consultas Médicas Especializadas: consultas médicas especializadas realizadas em ambulatório;

c.2) Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada: consultas multiprofissionais realizadas em ambulatório;

c.3) Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não requerem internação hospitalar;

b.4) Atendimento Leito Dia.

c) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual para a Unidade

.

CAPACIDADE OPERACIONAL – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS

O Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia - Caio Louzada (HERSO) possui 71 (setenta e um) leitos destinados à internação de pacientes adultos, 10 leitos de UTI adulto, 07 leitos dia e 14 leitos de observação, disponíveis ao SUS. Conforme Termo **de Referência do Edital 004/2023 – SES-GO**

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente, segundo a patologia apresentada, desde sua admissão

até sua alta hospitalar. Nesse contexto estão incluídos todos os atendimentos e procedimentos para obter e/ou definir o diagnóstico e as terapêuticas para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive às relacionadas a todos os tipos de órtese, próteses e materiais especiais - OPME.

Abrangência do Processo de Hospitalização:

O processo de hospitalização de um hospital de urgência e emergência envolve diversas etapas, desde a entrada do paciente até a sua alta ou transferência. O objetivo desse processo é garantir a assistência adequada e oportuna aos casos mais graves, que demandam intervenção imediata e especializada. Algumas das etapas do processo de hospitalização são:

- Triagem: é a primeira etapa, na qual o paciente é avaliado por um profissional de saúde, que classifica o seu grau de risco e urgência, e define a prioridade de atendimento. A triagem segue protocolos padronizados, como o Protocolo de Manchester, que utiliza cores para indicar o nível de gravidade do paciente.
- Atendimento: é a etapa em que o paciente é atendido por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. O atendimento pode ser realizado em diferentes áreas do hospital, dependendo da complexidade do caso, como a sala de emergência, a unidade de terapia intensiva (UTI), a unidade semi-intensiva, a unidade de internação ou a unidade de observação.
- Alta ou transferência: é a última etapa do processo de hospitalização, na qual o paciente recebe alta médica ou é transferido para outro serviço de saúde, conforme a sua necessidade e condição clínica. A alta ou transferência deve ser planejada e articulada com a rede de atenção à saúde, garantindo a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

Detalhadamente temos:

- 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 usuário, que podem ser necessários, adicionalmente, devido as condições especiais do usuário e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com a listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- Procedimentos e cuidados multiprofissionais, necessários durante o processo de internação;
- Serviço de Nutrição e Alimentação com fornecimento de refeições e insumos necessários para a elaboração preparo e distribuição de refeições;

- Serviço de Nutrição Enteral, conforme a Resolução - RDC/ MS/SNVS nº 63, de 06/07/2000;
- Serviço de Nutrição Parenteral, conforme a Portaria no 272/MS/SNVS, de 08/04/1998;
- Assistência por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta) e pessoal auxiliar;
- Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Diárias nas UTI – Unidade de Terapia Intensiva (O hospital ao atingir 85% da Taxa de Ocupação, referente as diárias de UTI Adulto, Entretanto, esta meta não extingui a responsabilidade em manter a ocupação plena dos leitos, de acordo com a avaliação e análise realizadas pelo GTCAGHMR);
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido as condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS-Sistema Único de Saúde);
- Acompanhamento para os usuários de acordo com a Política de Humanização e/ou legislação vigente;
- Fornecimento de sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (Todas as OPME's SUS e Não SUS estão inclusas no custeio do contrato de gestão);
- Fornecimento de enxoval hospitalar;
- Procedimentos especiais necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do estabelecimento;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico em regime de 24hs para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas durante o processo de tratamento, devendo ser realizados de acordo com a capacidade instalada dos equipamentos e Perfil Assistencial;
- Exame e laudo técnico dos procedimentos;
- Biópsias e laudo histopatológico;
- Suporte de Terapia Renal Substitutiva - TRS - Hemodiálise

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Os atendimentos de Urgência e Emergência, serão disponibilizados 24 horas por dia initerruptamente;
- DEMANDA REGULADA E ESPOTÂNEA: aos Politraumatizados, Abdome Agudo/Laparotomia Exploradora, Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia Vascular:

Intervenções em Média e Alta Complexidade. Atendidos por meio do Serviço Móvel de Urgência e Emergência – SAMU (192), Corpo de Bombeiros ou Polícia Rodoviária e Militar, obedecendo a classificação de risco para Média e Alta Complexidade

- Deverá ser implantado o processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato
- Se a entrada do paciente pela urgência gerar internação do mesmo, não será registrado como atendimento de urgência, e sim como um atendimento hospitalar, para efeitos de produção e atingimento de metas
- A permanência do paciente em regime de **"Hospital dia"** por um período menor que 24 horas, não ocorrendo a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (AIH).

AMBULATÓRIO

- Além de consultas por profissionais de saúde, a equipe ambulatorial deverá executar as receitas médicas, orientar pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprir as atribuições inerentes aos profissionais que a compõem, sempre cooperando com o corpo clínico e visando o bem-estar do paciente, atendendo as classes de prioridade: gestante, crianças, idosos e deficientes físicos conforme o fluxo do hospital;
- Deverão ser disponibilizados **ATENDIMENTO AMBULATORIAL** nas consultas médicas especializadas;
- Deverão ser disponibilizados **CONSULTA AMBULATORIAL** na atenção especializada não médica (multiprofissional);
- O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar minimamente da 8h às 18h, de segunda à sexta.

Modalidades do Ambulatório:

PRIMEIRA CONSULTA E/OU PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede de Saúde/SUS ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida
INTERCONSULTA	Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição
CONSULTAS SUBSEQUENTES (RETORNOS)	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 interconsultas.

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT

- Deverão ser disponibilizados exames e ações do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT aos pacientes atendidos na unidade.

ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADA

- Apresentar em seu quadro de colaboradores:
  - Assistente Social,
  - Bucomaxilofacial,
  - Enfermeiro,
  - Farmacêutico,
  - Fisioterapeuta,
  - Fonoaudiólogo,
  - Médico,
  - Nutricionista,

- Psicólogo e
- Terapeuta Ocupacional.

SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO ASSISTENCIAL

- Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), incluindo o controle para o fornecimento de nutrição parenteral;
- Centro Cirúrgico e Centro de Recuperação Pós-Anestésica;
- Central de Material e Esterilização – CME;
- Serviço de Nutrição e Dietética, incluindo Nutrição Enteral - SND;

SERVIÇOS DE APOIO LOGÍSTICO

- Gases Medicinais;
- Guarda Cadáver;
- Núcleo de Manutenção Geral;
- SAME/ Estatística/Auditoria de Prontuários;
- Serviço de Higienização e Limpeza – SHL;
- Serviço de Manutenção de Equipamentos;
- Serviço de Processamento de Roupas -SPR;
- Suprimentos/Almoxarifado;
- Tecnologia da Informação – TI;
- Vigilância Patrimonial;
- Outros Serviços Administrativos (recepção, escritório, controle de pessoal, financeiro etc.).

OBSERVAÇÕES GERAIS

Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** e/ou a **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo ente público por meio de aditivo contratual.

As metas de produção para operacionalização do HERSO referentes aos serviços assistenciais estão descritas no quadro abaixo.

Quadro I

Dimensão	Descrição	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Internação	Clínica Cirúrgica	429	5148
	Clínica Médica	103	1236
Cirurgias Eletivas	Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro	80	960
	Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo)	80	960
	Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo (com ou sem OPME)	30	360
Atendimentos Ambulatoriais	Consultas médicas na Atenção Especializada	1500	18.000
	Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada	250	3.000
	Pequeno procedimento ambulatorial*	300	3.600
SADT externo	Radiografia	105	1260
	Radiografia com contraste	45	540
	Tomografia Computadorizada (com e sem contraste)	250	3.000
	Ultrassonografia/Doppler	200	2400
Hospital Dia	Hospital Dia	231	2772

Quadro II

Indicadores de Desempenho	Meta Anual (12 meses)
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)	≥85 %
Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)	≤5 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 22
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	< 8%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)	≤ 7%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais	≤ 5%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano.	< 50%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano .	< 25%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	≥ 80%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação	≥ 80%

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** poderá apresentar proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).** A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** portarias do Ministério da Saúde ou demais órgãos e normativas vigentes e, igualmente, deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo ente público por meio de aditivo contratual.

3. AÇÕES VOLTADAS À ATIVIDADE (F1)

IMPLANTAÇÃO FLUXOS

PROPOSTAS PARA ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

3.1. Gestão de Acesso compreendendo a circulação de em áreas restritivas, externas e internas

A adequação do fluxo em uma unidade de Saúde se faz extremamente importante para o bom funcionamento do serviço como um todo, uma vez que **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** se caracteriza por possuir uma maior complexidade funcional.

A distribuição espacial dos setores funcionais e de seus respectivos ambientes, isto é, as posições relativas que ocupam na edificação foram observadas levando-se em consideração, principalmente, a adequação dos fluxos que delas se originam ou que para elas se dirigem de forma a garantir os devidos acessos e circulação segura aos usuários, acompanhantes, visitantes e profissionais de saúde no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

O componente "entrada" abarca qualquer condição, evento ou sistema característico que contribua para a demanda dos serviços da Unidade de Saúde.

De acordo com a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC 50), as circulações internas e externas dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e acessos horizontais e verticais em conformidade com a norma NBR 9050 da ABNT.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** propõe criar condições seguras para o fluxo do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** identificando percursos ou cruzamentos entre os diversos trajetos e entre as suas unidades internas de saúde, minimizando quaisquer situações de riscos que ameacem os diferentes fluxos da comunidade e colaboradores, atendendo requisitos como flexibilidade, segurança, eficiência e humanização.

Segundo o arquiteto Jarbas Karman (KARMAN, 1974, p.10), "*um hospital é constituído, ao mesmo tempo, de partes estreitamente interligadas e dificilmente dissociáveis e de partes independentes e dificilmente agrupáveis*". Partindo-se do estudo geral das diferentes atividades de um hospital, desde o setor de serviços, como cozinha e lavanderia, até as áreas técnicas, como salas de cirurgia ou unidades de tratamento intensivo, a setorização é responsável pela reunião dos serviços afins em diferentes grupos ou setores, os quais deverão estar interligados conforme necessário.

Assim como a setorização, a circulação também está diretamente relacionada ao desempenho funcional do edifício. A circulação deixou de ser apenas um elemento de ligação entre setores do hospital, e passou a ser concebida como um elemento estruturador do edifício, capaz de contribuir para sua organização e determinar o seu funcionamento.

É importante observar que a circulação está intimamente relacionada à setorização, pois a organização adequada dos espaços e setores dentro de um edifício hospitalar influenciará no desenvolvimento das atividades, e determinará um melhor ou pior fluxo das circulações. Ao mesmo tempo, é a configuração dos sistemas de circulação que permitirá a efetiva ligação entre todos os setores do edifício.

GESTÃO DO ACESSO

A gestão de acesso e circulação para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é um conjunto de medidas que visam garantir a segurança e o bem-estar dos pacientes, funcionários e visitantes. Existem várias medidas que adotamos para gerenciar o acesso e a circulação, tais como:

- Identificação de pacientes: cada paciente será identificado corretamente e receberá uma pulseira de identificação com informações básicas, como nome, data de nascimento, número do quarto e alergias conforme preconização da meta de identificação correta do paciente;

- Controle de acesso de visitantes: visitantes devem ser registrados e autorizados a entrar no hospital. O acesso a áreas restritas será limitado e controlado por meio de cartões de acesso ou sob liberação de controladores de acesso;
- Controle de acesso a áreas restritas: áreas restritas, como salas cirúrgicas, unidades de terapia intensiva e salas de armazenamento de medicamentos, entre outros setores, terão um controle rigoroso de acesso, sob registro e liberação de entrada;
- Monitoramento de atividades: todas as atividades realizadas no hospital serão registradas e monitoradas para garantir a segurança dos pacientes e a proteção das informações médicas.
- Controle de circulação de pacientes: os pacientes serão encaminhados para as áreas apropriadas do hospital, com base em sua condição médica. Isso pode ser feito por meio de sinalização apropriada e orientação por funcionários.
- Gerenciamento de emergências: será implementado um plano de gerenciamento de emergências para garantir que os pacientes sejam evacuados com segurança em casos de emergência.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** adotará medidas preventivas e monitorará constantemente as atividades para garantir a segurança de acesso dos pacientes, acompanhantes e visitantes, bem como de seus colaboradores.

Ainda neste item vamos apresentar de forma mais detalhada sobre a gestão do acesso ao nosso usuário.

CIRCULAÇÃO

O significado da palavra circulação, segundo a literatura, refere-se ao movimento de um líquido num organismo, ao deslocamento de pessoas ou veículos e à movimentação de mercadorias ou dinheiro (HOUAISS; VILLAR, 2001).

Neste contexto, o termo circulação é utilizado frequentemente para denominar o conjunto de elementos de um edifício destinado ao movimento de pessoas.

Obviamente, não poderemos deixar de abordar o ato de circular destas pessoas, suprimentos e resíduos dentro do edifício hospitalar, o que trataremos também através dos termos movimento, fluxo ou deslocamento. Estes termos designarão, assim, o circular dos diferentes usuários - pacientes externos, pacientes internos, visitantes, corpo clínico e

funcionários -, bem como o transporte de suprimentos - remédios, alimentos, equipamentos, materiais -, e resíduos - lixo, cadáveres, etc.

As circulações de um hospital ditam sua conformação física, não somente pela necessidade de diminuição dos trajetos, como de separação, ou controle, de certos tipos de fluxos. Dentre as linhas de tráfego mais importantes a serem consideradas num hospital, destacam-se as seguintes:

- Pacientes externos;
- Pacientes internos;
- Visitantes ou acompanhantes;
- Funcionários de apoio o Pessoal médico e paramédico;
- Suprimentos e remoção de resíduos;
- E Cadáveres.

Ao analisarmos o elemento circulação dentro do edifício hospitalar, podemos avaliá-los tanto sob o ponto de vista do visitante e paciente externo – usuários externos -, quanto sob o ponto de vista do funcionário e paciente interno – usuários internos.

Segundo KARMAN (1974, p. 11), "***a eficiência do hospital está intimamente condicionada ao seu sistema de comunicações, de interligação e, particularmente, de circulação***". As relações entre as diferentes unidades e serviços do hospital e suas interligações, através das circulações e fluxos provenientes de cada uma delas, irão condicionar o funcionamento do edifício.

Considerando o perfil do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** com funcionamento para atendimento de urgência e emergência, ambulatorial, internação e apoio ao diagnóstico e terapia, de demanda espontânea e referenciada, **o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** implementará a organização dos acessos e fluxos de circulação com a máxima regularidade, eficiência e controle, permitindo a coexistência de um ou mais fluxos, sem que um interfira no outro.

No **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** serão consideradas as características da estrutura instalada com o perfil de hospital geral e seus respectivos fluxos para a otimização de um melhor resultado operacional.

O estudo dos fluxos de usuários, materiais e equipamentos e cadáveres em hospitais complexos é relevante na medida em que pode promover a diminuição de casos de contaminação por cruzamento de fluxos indesejados; atender melhor às expectativas dos usuários e gerar qualidade e segurança de atendimento.

OS PRINCIPAIS TIPOS DE FLUXOS

Conceitualmente, o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, com base nas linhas de estudos de gestão, classifica os fluxos operacional de suas unidades em dois grandes conjuntos: **Fluxos Interfuncionais e Fluxos Interfuncionais**.

Fluxos interfuncionais

Os fluxos interfuncionais hospitalares são processos e procedimentos que envolvem a colaboração de diferentes áreas e equipes dentro do hospital.

Alguns exemplos de fluxos interfuncionais incluem:

- Admissão de pacientes: quando um paciente chega ao hospital, é necessário um fluxo interfuncional que envolve a equipe de recepção, triagem, enfermagem e médicos para avaliar o paciente, registrar informações médicas e encaminhá-lo para a área apropriada.
- Transferência de pacientes: quando um paciente precisa ser transferido para outra área do hospital, é necessário um fluxo interfuncional que envolve a equipe de enfermagem, médicos e transporte interno para garantir que o paciente seja transferido com segurança e eficiência.
- Cirurgias: as cirurgias exigem um fluxo interfuncional que envolve a equipe de cirurgia, anestesiologia, enfermagem, farmácia e equipe de instrumentação cirúrgica para garantir que o paciente seja preparado corretamente, o procedimento seja realizado com segurança e os medicamentos sejam administrados corretamente.
- Alta hospitalar: quando um paciente recebe alta do hospital, é necessário um fluxo interfuncional que envolve a equipe médica, enfermagem e serviços sociais para garantir que o paciente tenha alta com segurança e receba as instruções adequadas para o cuidado pós-hospitalar.
- Exames laboratoriais: os exames laboratoriais exigem um fluxo interfuncional que envolve a equipe médica, enfermagem e laboratório para garantir que o paciente seja

encaminhado corretamente para o exame, que as amostras sejam coletadas adequadamente e que os resultados sejam interpretados corretamente.

- Administração de medicamentos: a administração de medicamentos exige um fluxo interfuncional que envolve a equipe médica, enfermagem e farmácia para garantir que o medicamento seja prescrito corretamente, que a dosagem seja apropriada e que o medicamento seja administrado de maneira segura e eficaz.

Fluxos intrafuncionais

Os fluxos intrafuncionais hospitalares são processos e procedimentos que envolvem apenas uma única equipe ou área dentro do hospital.

Alguns exemplos de fluxos intrafuncionais incluem:

- Admissão de pacientes em enfermaria: quando um paciente é admitido em uma enfermaria, a equipe de enfermagem é responsável por avaliar a condição do paciente, registrar informações médicas e administrar tratamentos, como medicamentos e curativos.
- Limpeza e higienização de quartos: a equipe de serviços gerais é responsável pela limpeza e higienização dos quartos dos pacientes para garantir que o ambiente esteja livre de bactérias e outros patógenos.
- Preparação e distribuição de alimentos: a equipe de nutrição é responsável pela preparação e distribuição de alimentos para pacientes, garantindo que a dieta de cada paciente seja adequada para sua condição médica.
- Monitoramento de sinais vitais: a equipe de enfermagem é responsável pelo monitoramento regular dos sinais vitais dos pacientes, como pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura.
- Administração de terapias: a equipe de fisioterapia ou terapia ocupacional é responsável pela administração de terapias para pacientes com lesões ou problemas físicos, ajudando-os a recuperar a função física.

Os **fluxos interfuncionais e intrafuncionais** estão interligados dentro do hospital e ambos são essenciais para garantir que os pacientes recebam o cuidado adequado e que as operações do hospital sejam realizadas de maneira eficiente.

Os fluxos interfuncionais exigem a colaboração entre diferentes equipes e áreas dentro do hospital, enquanto os fluxos intrafuncionais exigem que uma única equipe ou área execute suas tarefas de maneira eficiente.

Linhas de tráfego

- **Paciente Externo**

São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência) ou que serão atendidos de forma eletiva no ambulatório de especialidades. A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deverá ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas circulações reservadas aos funcionários e pacientes em observação ou sob regime de internação.

Em unidades de pequeno e médio porte a existência de um único acesso é totalmente aceitável, desde que os sistemas de informação e orientação dos usuários (balcão de informações e a programação visual) e o dimensionamento das áreas de espera sejam adequados.

Em unidades de médio e grande porte o acesso ao atendimento imediato é feito de forma a separar os pacientes que dão entrada na unidade deambulando, daqueles que chegam em ambulância.

Em Resumo, o fluxo de paciente externo é importante para garantir que as pessoas recebam atendimento médico adequado, independentemente da gravidade de sua condição. A triagem inicial é um passo crucial para garantir que os pacientes mais graves recebam atendimento prioritário, enquanto aqueles com condições menos urgentes possam esperar de maneira adequada (Acolhimento com Classificação de Risco). Além disso, o fluxo de paciente externo também é importante para garantir a eficiência no atendimento e a gestão adequada do tempo de espera dos pacientes.

- **Paciente Interno**

São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de observação e internação, ou quando acompanhados por funcionários / acompanhantes, acessam os diferentes setores funcionais para diagnóstico e/ou terapia.

Em resumo, o fluxo de paciente interno é um processo complexo que envolve várias etapas e equipes de cuidados de saúde, com o objetivo de garantir que o paciente receba o tratamento adequado e seguro, desde a admissão até a alta ou transferência para outra área do hospital. O monitoramento e a comunicação contínuos entre as equipes são essenciais para garantir que o processo ocorra de maneira eficiente e eficaz

- **Acompanhantes e Visitantes**

São constituídos pelos fluxos de pessoas que representam a rede social do paciente, acompanhando-o durante a sua permanência no ambiente de assistência à saúde. Cabe destacar que o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** valoriza a **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS** (Ministério da Saúde, 2013), de forma a garantir o elo entre o paciente e seu acompanhante, mantendo latente seu projeto de cuidado e saúde. Também serão considerados os casos previstos nas legislações vigentes e as demais situações especiais, avaliadas pontualmente pela equipe assistencial e de gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

Serão reconhecidos como meio de identificação dos acompanhantes e visitantes os adesivos autocolantes, devendo ser usados na parte superior do corpo, em local de fácil visualização.

- **Colaboradores**

São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, auxiliares etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

Para acesso interno à unidade, os profissionais deverão fazê-lo somente por entradas/portarias pré-determinadas, fazendo uso do crachá de identificação. Nos casos em que o colaborador em trânsito não estiver fazendo o uso do crachá, a supervisão imediata deverá ser notificada para providências e confecção de crachá provisório. Não será, sob nenhuma hipótese, permitida a permanência de colaboradores nas áreas internas do Hospital sem identificação.

O cadastro de todos os profissionais será atualizado regularmente pela administração do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** bem como responsável pela inativação dos desligados em periodicidade mensal.

A circulação de funcionários pode, por vezes, ser restrita às áreas em que atuam ou, em alguns casos, como acontece em geral com a maior parte dos profissionais de saúde, ser permitida em toda a unidade.

Na maioria dos casos a circulação dos funcionários, principalmente a de profissionais da saúde (denominada circulação branca) se confunde com a circulação dos pacientes em regime de internação, não devendo se cruzar, por geralmente, com a circulação de pacientes externos.

- **Cadáver**

Os cuidados especiais tomados com a chamada "*circulação do cadáver*" se justificam, principalmente, pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo pode provocar entre pacientes e acompanhantes, já que se espera que esse transporte se dê de forma adequada, eliminando qualquer risco de contaminação.

Assim, sempre que possível, devemos criar as condições físicas para que o trajeto do cadáver do local onde ocorreu o óbito até a anatomia patológica, o necrotério ou a área de preparo e dispensação do corpo evite salas de espera, refeitórios e as circulações por onde passam pacientes e acompanhantes.

- **Registro e documentos**

São constituídos pelos fluxos de operacionais de evidência e movimentação burocrática, também conhecidos como registro de evidências, no qual utilizamos na verificação de qualidade da unidade.

Esses fluxos de documentos e registros operacionais deverão ser operados diante de sistema eletrônico e/ou em meio físico, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e a segurança dos serviços prestados pelo Hospital, observando todas as exigências regulamentares vigentes.

- **Insumos**

São constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material médico hospitalar, material cirúrgico, medicamentos, equipamentos etc.

Em algumas áreas da Unidade de Saúde devido a uma concentração maior desses insumos, fator que deve ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição e, dependendo do porte, à Central de Material Esterilizado.

Iremos mais a frente melhor detalhar como ocorrerá os fluxos de material médico hospitalar e medicamentos, bem como, de materiais esterilizados nas instalações e operações do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

- **Material Contaminado e Resíduos Sólidos**

São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos resíduos de serviços de saúde (RSS) etc. O tratamento dos elementos contaminados na fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais.

Ainda assim, algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se as instalações de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das antecâmaras, quando necessários.

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

- **Serviço de Apoio ao Diagnóstico**

Os fluxos definidos aos acessos relacionados aos Serviços de Apoio ao Diagnóstico serão constituídos e/ou readequados a partir de critérios de compatibilidade e incompatibilidade das

atividades que se desenvolvem dentro da unidade funcional. Deverá ocupar posição estratégica para o perfil de atendimento imediato, garantindo uma dinâmica eficiente na realização dos meios de diagnósticos.

- **Considerações Gerais**

A critério do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** poderá ser interditado, por motivo de força maior, por eventualidade, o acesso, a passagem ou a permanência de pessoas em quaisquer partes do edifício, ficando ainda vetado o acesso de vendedores e agenciadores, bem como a permissão de comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios funcionários da unidade.

Também ficará proibido, na forma da legislação, o ingresso e a utilização de cigarro, tabaco, bebidas com teor alcoólico ou quaisquer outras substâncias ilícitas dentro das instalações, sendo vetada a entrada de visitantes, prestadores de serviços ou profissionais sob tais efeitos.

Outros acessos e saídas podem ser previstos em função do perfil, do porte e da forma com que a unidade será operada, sob orientação do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** e recomendações da **Secretaria de Estado de Saúde Pública - SES-GO.**

Os fluxos que ocorrem dentro de uma mesma unidade – INTRAFUNCIONAIS – podem ser divididos para efeito de avaliação em dois tipos principais: fluxos contaminados e fluxos sem riscos de contaminação.

Fluxos contaminados: avaliação destes fluxos é fundamental para a escolha dos procedimentos e a implantação, quando necessária, de barreiras físicas.

Fluxos sem risco de contaminação: situação em que todos podem transitar pelas mesmas circulações, com os devidos cuidados de controle de horário, acondicionamento, higiene e segurança. O intuito é tornar mais funcional o trânsito interno, porém, buscando-se minimizar os cruzamentos ou conflito.

Tais fluxos prezam determinante importância com o cuidado na definição de procedimentos adequados ara o controle dos processos envolvidos.

Os Acessos

Boa parte dos fluxos são determinados pelos acessos à unidade, assim a adequação dos fluxos não pode prescindir de um cuidadoso planejamento do número e da localização dos diferentes acessos necessários ao funcionamento de uma Unidade de Saúde.

Quanto maior o número de acessos maior é a necessidade de controle e, consequentemente, dos custos de operação devido ao aumento de funcionários necessários para controlá-los. Ainda assim, para uma melhor organização dos fluxos é necessário um número mínimo de acessos que varia, evidentemente, em função do porte e da complexidade da unidade.

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** possuirá um controle de acesso, realizado por barreiras físicas e operado por controlador de acesso, utilizando a mais adequada ferramenta para controle efetivo e integrado dentro do hospital.

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é um Hospital geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada. O funcionamento é 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente, Porta de Entrada (aberta), ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 08h às 18h, sendo devidamente referenciado pelo Sistema Estadual de Regulação – SER/SES-GO.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** poderá propor alterações nos acessos e fluxos atualmente existentes no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** visando um melhor aproveitamento da unidade, levando em consideração a Filosofia LEAN e Fluxo de Valor adotados pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** no seu modelo de gestão, e no qual será a frente exposto.

Para melhor compreensão e divisão operacional dividimos as classificações de acessos em 05 (cinco) tipos, no qual serão subdivididas por setores:

a. Acesso de Usuários;
b. Acesso de Ambulância;
c. Acesso de Carro Funerário;
d. Acesso de Colaboradores e Prestadores de Serviço;

e. Acesso de Materiais e Equipamentos (Fornecedores).

ACESSO DE USUÁRIOS

Para finalidade didática deste Projeto Técnico, entendemos como usuários os pacientes, acompanhantes e visitantes. A estes usuários os acessos são restritos às áreas de assistência a serem especificadas abaixo, sendo ainda ao visitante, permitido apenas o acesso ao setor de internação nos horários e forma a serem estabelecido no tópico específico deste projeto.

Todos os usuários serão devidamente identificados, sendo os pacientes e acompanhantes identificados por meio de instrumento de identificação específico.

- **Ambulatório**

O atendimento ambulatorial no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será de pacientes egressos do próprio hospital e referenciados pela Sistema Estadual de Regulação – SER/SES-GO. Funcionará, das 08h00 horas às 18h00, de segunda-feira à sexta-feira.

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

As consultas ambulatoriais compreendem:

a. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso.
b. Interconsulta.
c. Consultas subsequentes (retornos).

Definições:

- Primeira consulta: a visita inicial do paciente encaminhado pela Sistema Estadual de Regulação – SER/SES-GO ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.
- Primeira consulta de egresso: a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à

especialidade referida.

- Interconsulta: a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.
- 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 interconsultas.

O acesso do usuário às salas de atendimento ambulatoriais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ocorrerá por meio da entrada localizada à ua Ceará, S/N, Bairro: Azevec, CEP:68390-000. Ourilândia do Norte - Goiás, com dia e horas marcadas (agendamento prévio), no qual somente ficará aberta das 08h00 (oito horas) às 18h00 (dezoito horas), podendo esse horário ser alterado conforme análise mais detalhada do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, após início da gestão para adequação de fluxo.

Somente poderá acessar à sala de atendimento ambulatorial (Consulta e exames) o paciente e um acompanhante, podendo de acordo com o caso, ser liberado a entrada de dois acompanhantes, por exemplo crianças e idosos e demais casos avaliados pela equipe assistencial.

O **Instituo Saúde e Cidadania – ISAC** observa que a permissão de entrada de acompanhantes durante a consulta médica depende das políticas e normas do hospital, bem como da disponibilidade de espaço e recursos para acomodar acompanhantes. No entanto, a humanização no atendimento à saúde defende a importância do envolvimento dos familiares e acompanhantes no processo de cuidado. Portanto, quando possível, deliberaremos a entrada de acompanhantes pode ser uma forma de promover a humanização no atendimento.

Lembramos que, ao permitir a entrada de acompanhantes, é necessário garantir a privacidade e a confidencialidade do paciente, bem como manter um ambiente calmo e acolhedor para a consulta médica. Além disso, a presença do acompanhante não deve interferir no processo de consulta e diagnóstico do médico.

- **Atendimento Imediato (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)**

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ofertará de atendimento às urgências e emergências, clínico e cirúrgico, referenciadas e porta aberta, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo

estabelecido pelo Sistema Estadual de Regulação – SER/SES-GO, durante 24h.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea ou por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Rodoviária e afins, ou encaminhados de forma referenciada pelo Sistema Estadual de Regulação – SER/SES-GO e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** garantirá o serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela **Secretaria de Estado de Saúde Pública - SES-GO**.

O acesso do usuário ao setor de urgência e emergência do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ocorrerá por meio da entrada específica do Bloco de Emergência.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** facilitará o acesso da população ao serviço de Urgência e Emergência do hospital promovendo a capacidade logística e a organização de fluxos internos com eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

- **Setores Assistenciais**

O acesso dos usuários aos setores assistenciais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** fica restrito apenas ao momento da assistência e podendo sempre ser acompanhado por um acompanhante, conforme política de humanização do SUS e a adotada pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**.

Não será permitida a circulação de pacientes, acompanhantes e visitantes nos setores assistenciais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** a não ser mediante autorização da equipe assistencial.

- **Setores Administrativos**

Os setores administrativos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tais como Departamento Pessoal, Recepção, Diretoria

e Coordenação poderão ser acessados por todos os usuários, desde que devidamente identificados e previamente autorizados pelo responsável do setor.

- **Setores Restritos**

São considerados setores restritos os setores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** que os usuários não possuem acesso livre, a não ser mediante autorização especial da Coordenação Administrativa da unidade, e sempre supervisionado por um colaborador, devendo ser obedecido os protocolos existentes para esses setores.

No **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** existirá três tipos de setores restritos, os administrativos, os assistenciais e os de apoio.

Os setores Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME, Núcleo Interno de Regulação - NIR e parte interna das recepções, são setores administrativos restritos. Os setores, Central de Materiais Esterilizados – CME, Refeitório, Cozinha, Repouso dos Colaboradores, área de gases, área de abastecimento (carga e descarga) e área de necrotério, são setores de apoio assistencial restrito e toda área de assistência ao paciente que não esteja em atendimento ou seu atendimento não seja no setor, será restrito.

- **Ambulância**

No **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** o acesso das ambulâncias é realizado na entrada de urgência e emergência no Bloco de Emergência do hospital.

- **Carro Funerário**

No **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** o acesso dos carros funerários é realizado por áreas restritas.

- **Colaboradores e Prestadores de Serviços**

O acesso de colaboradores e prestadores de serviço ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** conforme observado pelo

Instituto Saúde e Cidadania - ISAC em sua visita técnica à unidade, ocorre por um acesso restrito aos colaboradores.

- **Materiais e Equipamentos**

O acesso de materiais e equipamentos ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** conforme observado pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** em sua visita técnica à unidade, ocorre por um acesso exclusivo que dá ao estacionamento dos colaboradores e acesso de materiais e serviços.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** propõe utilizar o acesso hoje existente, o mesmo do acesso de colaboradores e prestadores de serviço, pois tal acesso já acessa diretamente à área de apoio assistencial do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** aumentando o controle e a verificação de acesso.

- **Fluxo de Pessoas e Identificação (Não Usuário)**

O acolhimento e autorização para acesso de pessoas será feito, exclusivamente, pela entrada principal de atendimento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** portaria ambulatorial e a portaria de urgência e emergência, sendo proibido o trânsito de pessoas estranhas ao serviço da unidade por portas secundárias e áreas restritas, salvo em casos excepcionais.

O trânsito de funcionários e prestadores de serviços nas dependências do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será feito, exclusivamente, pela entrada de serviços, conforme descrição de acesso de colaboradores e prestadores de serviço.

Visando a preservação patrimonial e manutenção da segurança interna, todas as pessoas e colaboradores que tiverem acesso às dependências deverão portar crachás específicos, bem como, terem sua entrada e saída registrada em livro próprio e / ou controle eletrônico, conforme o caso.

- Acompanhante: destinado a acompanhantes de pacientes que farão uso dos serviços prestados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

- Visitantes: destinado a visitantes, fornecedores e demais pessoas que desejem ter acesso às dependências do hospital, em horários e locais de acesso previamente determinados e autorizados;
- Funcionários: Crachá funcional/nominal fornecido pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**;
- Prestadores de Serviços: destinado a profissionais terceirizados e que prestem serviços, necessitando de acesso às instalações.

A entrega do instrumento de identificação (crachá), só se dará mediante a apresentação pelo interessado de documento oficial com foto e cadastro antecipado. Os mesmos deverão ser usados na parte superior do corpo, em local de fácil visualização.

Os funcionários em trânsito também deverão ser identificados através do crachá institucional e ter a entrada registrada em livro próprio ou controle eletrônico. Nos casos em que o colaborador em trânsito não estiver portando o crachá, a chefia imediata deverá ser anunciada para as providências necessárias, como o fornecimento de identificação provisória.

Os funcionários das empresas terceirizadas, como os de limpeza, manutenção e de vigilância, Nutrição e Dietética, no exercício de suas funções dentro das instalações do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** 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 em 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 / Coordenação ou direção receptora.

A critério da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** poderá ser interditado o acesso, a passagem ou a permanência de pessoas em quaisquer partes do edifício, ficando ainda proibido o acesso de vendedores e agenciadores. Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios funcionários da Instituição.

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 alcoolizados, a rigor da legislação.

- **Fluxo de Volumes, Objetos e Bens Móveis**

A saída ou o recebimento de mercadorias só será realizado com o acompanhamento de responsável devidamente designado, sendo que nenhum volume, objeto ou bem móvel poderá ser retirado sem que seu portador esteja munido da Autorização de Saída de Material, que será sempre emitida, em duas vias, pela ficando uma delas de posse da pessoa que está fazendo a retirada. Essa via deve ser apresentada na recepção para a saída de mercadoria. A mesma deve ser devolvida no ato da devolução da mercadoria.

A medida não se aplica a volume cujo conteúdo indique visivelmente tratar-se de expedientes de rotina como processos, correspondências, boletins de serviço, etc.

FLUXO DE CIRCULAÇÃO DOS USUÁRIOS NOS SETORES ASSISTENCIAIS

Conforme já explanado anteriormente nesta Proposta Técnica, o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será idealizado segundo o grau de sua complexidade e capacidade operacional de acordo com a sua tipologia.

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é uma unidade hospitalar geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência/emergência e SADT, de demanda espontânea e referenciada. A sua capacidade instalada será de 71 (setenta e um) leitos destinados à internação de pacientes adultos, 10 leitos de UTI adulto, 07 leitos dia e 14 leitos de observação, disponíveis ao SUS.

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** irá integrar a Rede de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás.

Uma das características do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será o acesso de usuários à unidade ocorrerá de duas formas, sendo uma delas por procura espontânea do usuário e de forma referenciada por meio

da o SER/SES-GO, SAMU e Corpo de Bombeiros, preservando a missão da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

Urge salientar que o acesso ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será controlado, por alguns motivos, tais como segurança do paciente e acompanhantes, logística e espaço físico, sendo autorizado apenas a entrada dos usuários em atendimento e acompanhantes obrigatórios por lei, no qual essa situação de acompanhantes se encontra pormenorizado mais à frente no Manual de Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial aos usuários e família, a ser adotado pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC.**

Independentemente da forma como o usuário acessará os serviços a serem prestados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** o fluxo operacional de circulação do usuário em atendimento nos setores da unidade será o mesmo, de acordo com especificidades inerentes aos setores, como alguns descritos abaixo:

- **Acolhimento**

O atendimento do usuário se iniciará com a sua chegada ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** sendo que se for por procura espontânea, este é acolhido por um profissional técnico, no qual lhe encaminha para retirada de senha de acesso, normal ou prioritária, e logo após é chamada pelos enfermeiros classificadores, por meio de chamada audiovisual, para proceder com a Classificação de Risco.

Para melhor entendimento da proposta, esclarecemos que existirá duas formas básicas de primeiro acesso aos serviços a serem ofertados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** são eles:

- Pelo acolhimento, onde o paciente é recebido por um profissional técnico e acolhido na unidade segundo os preceitos da Política Nacional de Humanização. Neste fluxo, o paciente é acolhido e, se houver indicação, tem seu risco classificado e direcionado para o respectivo atendimento. Caso o usuário classificado não possua "risco" ou sua classificação seja não urgente, ele será orientado e encaminhado pelo Serviço Social para buscar o serviço adequado, conforme preconiza o protocolo e o próprio Ministério da Saúde em sua política nacional Classificação e Acolhimento. Cabe salientar que todo

paciente tem direito a um acolhimento de qualidade, sendo devidamente orientado com humanização de acordo com as suas necessidades.

- Pela Sala de Emergência, onde as pacientes graves são encaminhadas diretamente ao atendimento que o caso requer. Observa-se que haverá encaminhando dos casos de médio e alto risco para outras Unidades de Saúde por meio de regulação.

- **Classificação de Risco**

Durante o processo de classificação, o paciente é submetido a avaliação inicial e classificado em cores de acordo com o nível de complexidade do caso, essa classificação é realizada por enfermeiros classificadores e baseada em Protocolo específico com validação científica, no qual a aplicação das cores determinam o grau de prioridade do atendimento de acordo com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde, a ser implantada pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** .

As emergências são admitidas em entrada exclusiva, direto (na sala de emergência – ou vermelha), médicos e a equipe de enfermagem se direcionam à porta para receber o paciente e caso seja descartada a emergência, paciente será direcionado para classificação de risco, correndo o fluxo normal.

O serviço de acolhimento e classificação de risco do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** a ser implantado pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, que é uma parte do fluxo de pacientes em atendimento, encontra-se detalhado mais à frente nesta Proposta em item específico.

- **Recepção/Cadastro**

Após o Acolhimento e a Classificação de Risco do usuário, o paciente será chamado pela Recepção para confecção da Ficha de Atendimento (FA), conforme Política de Segurança do Paciente e a correta identificação para a efetivação de seu atendimento.

A Política de Segurança do Paciente que desenvolveremos nesse contexto está relacionada à meta 1 – Identificar o paciente corretamente. O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** promoverá a sensibilização da equipe multiprofissional para a identificação correta do

paciente por meio da pulseira, melhoria nos registros dos prontuários e envolvimento do paciente na temática.

- **Apoio ao Diagnóstico**

A depender da anamnese clínica do usuário, será utilizado pelo profissional médico os protocolos adequados, podendo, conforme o protocolo aplicado, o usuário em atendimento ser encaminhado para realização de SADT, ou de procedimentos e podendo ainda, ser para várias delas, conforme o caso.

Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

A Unidade dispõe de salas específicas para o funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) disponibilizando serviços de Imagiologia e Laboratorial (exemplo: Radiologia Convencional, Ultrassonografia, Anatomia Patológica, Análises Clínicas) aos usuários atendidos em regime de urgência/emergência e internação

- **Observação**

Havendo a necessidade de uma pesquisa melhor para elucidação do caso do paciente, ou a necessidade de tempo para melhora da patologia, o profissional médico encaminhará o usuário para o setor de internação do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e havendo a necessidade de um monitoramento mais eficaz dos sinais vitais onde ficará em observação.

- **Sala Vermelha (Emergência)**

Serão encaminhados à observação ou a sala vermelha todos os pacientes que se encontre nas situações abaixo, ou outras conforme Protocolo Médico a ser adotado ao caso:

- Apresentem instabilidade de sinais vitais;
- Necessitem de monitoração cardíaca;
- Necessitem de instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação;
- Necessitem de monitorização constante de glicemia;
- Necessitem de observação do nível de consciência;

- Necessitem de observação para monitorização dos níveis de oxigenação, bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação;
- Necessitem de observação para investigação diagnóstica;
- Necessitem de observação para acompanhamento da dor;
- Necessitem de observação por apresentarem agitação psicomotora;
- Necessitem de observação devido à intoxicação exógena;
- Necessitem de observação para monitorização de reações adversas;
- Necessitem de observação para monitorização e acompanhamento da pressão arterial.

- **Internação**

O paciente somente poderá receber alta se estiver com sua queixa principal resolvida ou em condições de dar continuidade ao seu tratamento, sem a necessidade de suporte da equipe de assistência.

Os pacientes da Observação no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** poderão receber alta para os seguintes destinos:

- Alta para a residência: após reavaliações dos exames, do quadro clínico, e conclusão ou hipótese diagnóstica, desde que esteja conforme os critérios de alta estabelecidos pela Unidade;
- Transferência para unidade de retaguarda: os pacientes que após a observação não tenham apresentado melhora no quadro clínico

Em suma, quanto à proposta do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** sobre aos Fluxos Operacionais de Circulação Interna e Externa no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** priorizaremos a eficiência da estrutura da unidade considerando cada área e as funções a que se destinam com foco na otimização do processo de atendimento do usuário, na melhoria das condições de trabalho, na redução dos desgastes físicos e psicológicos, na redução das dependências de dispositivos mecânicos de circulação vertical e na redução das despesas de consumo.

O delineamento dos espaços da unidade hospitalar será feito em função do uso ao qual se propõem, das atividades que nele serão realizadas e, principalmente, em função da conveniência de seus usuários, sempre de acordo com os riscos ergonômicos das diferentes unidades funcionais, levando em conta as necessidades e as condições ambientais que oferecerão segurança e bem-estar coletivo.

3.2. Fluxo Unidirecional para Roupas

O fornecimento de rouparia e serviço de lavanderia será realizado por meio de empresa especializada, contratada pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, que ficará responsável pela retirada da roupa suja do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** até seu retorno em ideais condições de reuso, sob condições higiênico−sanitárias adequadas.

Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o **Setor de Processamento de Roupas/Lavanderia** é considerada uma área de apoio que tem como finalidade coletar, separar, lavar, secar, classificar, reparar, distribuir e armazenar roupas em condições de uso, higiene, qualidade e conservação aos setores pertinentes, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

O serviço é do tipo essencial, devendo ser provido durante 07 (sete) dias por semana, de forma que não cause nenhum tipo de impacto na assistência ao paciente. Será disponibilizado roupas de cama e banho e serviço de lavanderia necessários ao desempenho da atividade Hospitalar. Será assegurado um estoque adequado de roupas de acordo com a demanda da unidade.

A Coleta, pesagem, separação e liberação para processamento de higienização será de acordo com o procedimento operacional predefinido pelo prestador terceirizado. A equipe assistencial realizará o armazenamento, transporte e distribuição da roupa limpa de acordo com o protocolo operacional implementado no Hospital.

ROTINAS:

- Coleta da roupa suja no setor de expurgo da unidade;
- Separação e retirada da roupa suja;
- Transporte da roupa suja para as dependências da Contratada;
- Recebimento e acondicionamento da roupa suja na lavanderia;
- Lavagem da roupa suja;
- Secagem e calandragem da roupa limpa;
- Reparo e reaproveitamento de peças danificadas;
- Separação e embalagem da roupa limpa;
- Transporte e entrega da roupa limpa da lavanderia para **HOSPITAL ESTADUAL DE**

SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO Serviço de montagem de kits para paciente.

A periodicidade de retirada da roupa deverá ser em horário estabelecido pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, ou em outra periodicidade que se fizer necessária, devidamente informada pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** de forma a cobrir a necessidade de roupas limpas; inclusive aos domingos e feriados.

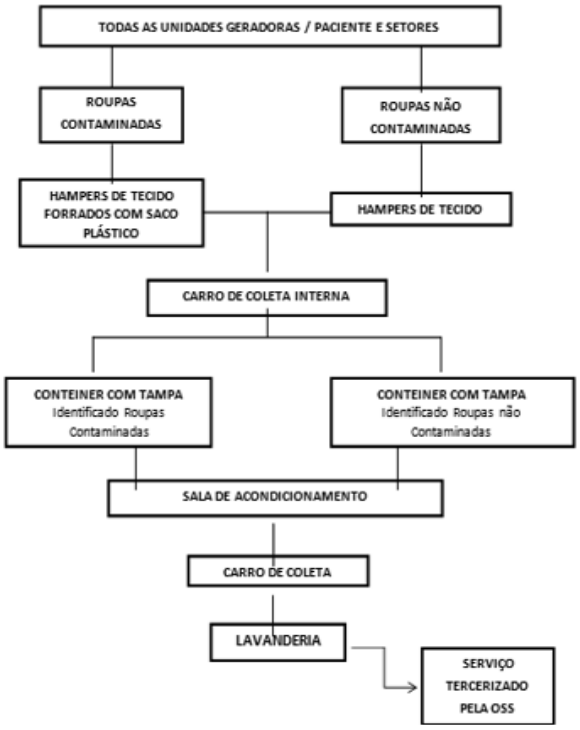
A prestação de serviços de lavanderia hospitalar/ambulatorial inclui a disponibilização dos seguintes equipamentos em número suficiente para o Hospital:

a) Balança digital tipo plataforma móvel, sem ônus para o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, com laudo de aferição válido por 6 (seis) meses emitido por empresa especializada do ramo;
b) Carros de Transporte de Roupa Suja com tampa, laváveis, com dreno para eliminação de líquidos ou Contêineres com rodízios para acondicionamento e transporte interno de roupa suja a serem disponibilizados para transporte de roupas, com tampa, laváveis, com drenos para eliminação de líquidos, devidamente identificados e com volume compatível à necessidade, vedada sua utilização para distribuição de roupas limpas;
c) Carros para acondicionamento e transporte da roupa suja entre as dependências do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** e da empresa terceirizada, devidamente fechados;
d) Carros do tipo estante com portas e rodízios, para armazenamento e dispensação da roupa limpa, devidamente fechados;
e) Embalagens plásticas caso necessárias;
f) Estantes de inox em quantidade suficiente para acomodar a roupa limpa que não for acondicionada nos carros prateleiras ou do tipo gaiolas;
g) Sacos hampers descartáveis;
h) Suporte para sacos hampers.

Para todos os equipamentos acima descritos, a empresa terceirizada será responsável pelas manutenções preventivas e corretivas. Em caso de dano irreGoiásvel, deverá fazer a reposição de um novo equipamento de imediato, com especificações e qualidades compatíveis, não prejudicando os serviços contratados.

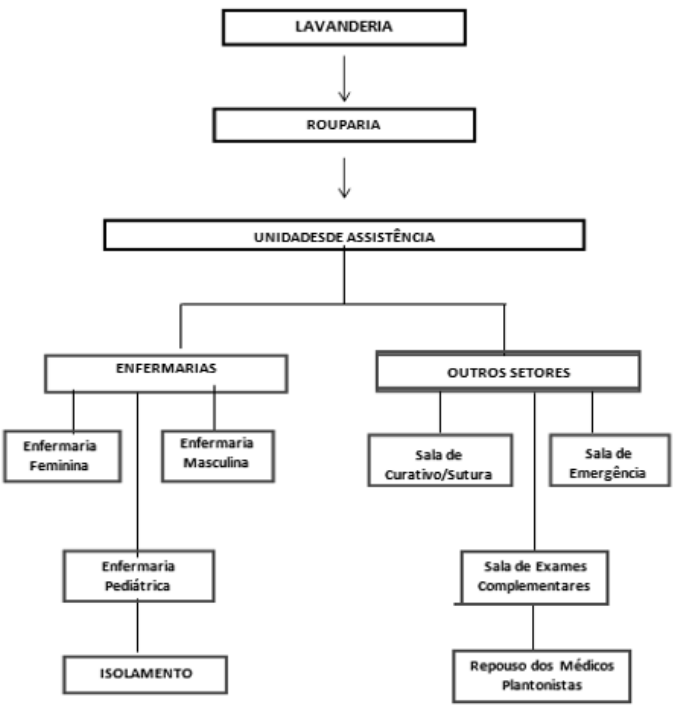
Abaixo seguem os fluxos:

FLUXO DE ROUPAS PARA O HOSPITAL



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

FLUXO DE ROUPAS LIMPAS



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

TRANSPORTE E ENTREGA DA ROUPA LIMPA DA LAVANDERIA

A empresa especializada, contratada pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** tem a obrigação de manter o veículo em bom estado e realizar a manutenção preventiva e corretiva que se julgue necessária para o bom funcionamento do mesmo e prevenção de potenciais acidentes. A roupa limpa deverá ser transportada para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** em veículo adequado devidamente adaptado à natureza da carga. O veículo deve estar devidamente higienizado para evitar a contaminação da roupa limpa, em conformidade com a legislação vigente empresa especializada, contratada pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** deve possuir, por escrito, todo o processo de limpeza e desinfecção dos veículos de transporte

TRANSPORTE E ENTREGA DA ROUPA LIMPA À ROUPARIA DA UNIDADE E PESAGEM

O tempo entre a retirada da roupa suja e a devolução da roupa limpa em cada unidade deverá obedecer ao calendário disponibilizado pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**. A empresa terceirizada, deverá fazer uma entrega a cada 24 (vinte e quatro) horas e um pedido emergencial no tempo de 02(duas) a 04(quatro) horas. A roupa processada deve ser entregue junto às rouparias de todas os setores, separada por tipos de kits, pacotes ou peças individuais, de acordo com as necessidades da unidade.

Quando da entrega da roupa processada, esta deverá ser pesada na presença de um colaborador do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** e outro da empresa terceirizada. O peso da roupa limpa não deverá ser inferior ao peso do mesmo lote de roupa suja multiplicado por (1 menos o índice de sujidade definido pela Unidade).

Os valores desse índice devem estar entre 8% e 15%. As roupas limpas, quando de sua entrega, deverão vir acompanhadas de uma relação geral, na qual conste o rol da roupa entregue – número total de cada peça e peso da roupa limpa.

As relações acima deverão ser emitidas em 02 (duas) vias, conferidas e assinadas pelos responsáveis do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** e da empresa terceirizada. Uma das vias deverá ficar com o responsável do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**.

As roupas entregues, diariamente, deverão ser devidamente acondicionadas, conforme normas de biossegurança sob supervisão da CCIH - Comissão de Controle de Infecção

Hospitalar. Todas as peças entregues como limpas, mas que forem identificadas por funcionários do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** com manchas ou sujidade apresentando qualidade insatisfatória, de acordo com seu critério, será separada e realizada notificação à empresa terceirizada do ocorrido, e retornado para a lavanderia para que seja feito pela um novo processo de lavagem ou remoção de manchas e desinfecção, ficando isento de nova pesagem, não havendo ônus.

Os custos com reprocessamento das roupas devolvidas em razão de falhas na prestação dos serviços, serão suportados pela empresa terceirizada.

A pesagem da roupa limpa ocorrerá nas dependências do serviço de saúde, em balança digital "tipo plataforma" fornecida pela empresa terceirizada. É vedada a utilização da mesma balança para roupa limpa e suja.

Cabe à empresa terceirizada proceder à inspeção das roupas limpas a serem entregues. As roupas limpas, quando de sua entrega, deverão vir acompanhadas de relatório contendo relação geral, na qual conste o rol da roupa entregue com quantitativo total por tipo de peça, peso total do lote de roupa limpa, assim como a anotação de ocorrências, se houver.

Deverão constar dos relatórios, em separado, as informações sobre o reprocessamento de peças que forem devolvidas pelo serviço de saúde em razão da falha na prestação dos serviços.

INVENTÁRIO

A empresa terceirizada deverá realizar, bimestralmente, inventários qualitativos e quantitativos para que sejam gerados os indicadores de gestão, indicando o percentual de perdas por tipo de enxoval, número de ciclos de processamento das peças do enxoval, número de múltiplos de peças do enxoval comparado com o quantitativo especificado por unidade.

Em caso de extravio da roupa, a empresa terceirizada deverá notificar o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** por meio de inventário imediatamente. Na data do início dos serviços, um funcionário da empresa terceirizada em conjunto com um funcionário do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, realizará a contagem das roupas entregues para o processamento, conferindo a relação quantitativa e descritiva das roupas hospitalares/ambulatoriais que serão processadas para dar início ao controle da evasão e

qualidade do processamento das roupas e que será efetuado por meio da realização de inventários bimestrais.

Ao final de cada bimestre e ao final da execução dos serviços, um funcionário da empresa terceirizada, em conjunto com um funcionário da unidade de saúde realizarão um inventário do enxoval, efetuando a contagem para o controle da evasão/ extravio e destruição por mau uso das roupas objeto do fornecimento.

A empresa terceirizada deverá apresentar o inventário do enxoval de roupas hospitalares/ambulatoriais assinado pelos funcionários responsáveis por sua realização, onde deverá constar o quantitativo por tipo e tamanho de roupa e o comparativo das quantidades relativamente a Relação Inicial/ Anterior para a apuração do quantitativo da evasão e destruição das roupas no período e seu respectivo valor para reembolso.

A cada realização de inventário, a empresa terceirizada emitirá uma Nota Fiscal relativa à Reposição de Roupas Fornecidas (no que tange a reposição de evasão/extravio de peças superior aos 3% - evasão/ extravio excedente à 3% é de responsabilidade do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**) que deverá ser paga juntamente coma Nota Fiscal de Serviços do mês da prestação dos serviços. A empresa terceirizada deverá assumir, sem ônus para o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, a substituição e/ou reposição do enxoval hospitalar desgastado ou danificado em decorrência do tempo normal de uso.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** deverá reembolsar o valor das peças do enxoval que eventualmente sejam danificadas em decorrência de má utilização por parte dos colaboradores ou dos usuários do serviço de saúde. Nesse caso, a empresa terceirizada deverá notificar o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** da ocorrência e lançar os quantitativos das roupas danificadas apurados em cada bimestre no inventário de controle do enxoval efetuado da forma abaixo descrita. Para essa atividade o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** e empresa terceirizada definirão data e horário.

A empresa terceirizada deverá colocar as roupas sujas que estão nos expurgos dos andares para o expurgo central, quando iniciar o inventário. Após a higienização, a roupa será contada na Lavanderia. Também serão contadas nas lavanderias as peças de roupas limpas procedentes da coleta normal, incluindo as peças de roupas que estiverem para relave e costura. Nos ambientes de contagem (setores do serviço de saúde e lavanderia da empresa terceirizada) será necessária a presença de pessoas de ambos os lados.

Visando à minimização da evasão e do mau uso do enxoval, a empresa terceirizada deverá apresentar proposta de controle de evasão para análise e aprovação do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**.

Deverá realizar o controle da higienização evidenciando o quantitativo que foi reprocessado, e fazendo a troca do enxoval após atingir um limite estabelecido pela CCIH do hospital. Os uniformes (privativos) deverão obedecer às cores padronizadas do serviço de saúde de acordo com solicitação do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**.

Além das atividades primárias, deverão ser realizadas a higienização do ambiente e de seus equipamentos, ações voltadas à prevenção de riscos e à saúde dos trabalhadores, assim como a manutenção dos equipamentos.

A empresa terceirizada deverá se responsabilizar pela adequação dos processos de lavagem utilizada, sempre que comprovadamente se fizer necessário e sem ônus.

Fica a cargo da empresa terceirizada as despesas com a correta destinação dos resíduos sólidos, segundo legislação vigente.

A empresa terceirizada deverá estabelecer um programa de controle das condições de higiene envolvendo processos e produtos como análise de amostras coletadas das mãos de manipuladores de roupas limpas, superfícies que entram em contato com as roupas limpas durante seu acabamento e análise microbiológica do tecido submetido ao processo de lavagem, apresentando resultados/laudos.

É responsabilidade da empresa terceirizada observar as considerações gerais e especificas sobre o assunto, conforme descrito no Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco da ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, tais como:

a) O empregado que realiza o transporte de roupa suja deve utilizar equipamento de proteção individual, inclusive proteção ocular, conforme capítulo de controle de infecção, no momento do recolhimento da roupa, porém, ao abrir portas ou apertar botão de elevador deve fazê-lo sem luva.
b) É indicado que os trabalhadores da área suja, ao término do trabalho, não saiam do local sem tomar banho e trocar de roupa.

c) Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas, puxando-as pelas pontas sem apertar, para a verificação e retirada de objetos estranhos, como instrumentais, artigos perfurocortantes, de uso pessoal, tecidos humanos, entre outros, provenientes da unidade geradora e que foram encaminhados misturados com a roupa suja. Além disso, devem ser manuseadas com o mínimo de agitação.

d) A frequente higienização das mãos pelo pessoal que manuseia roupa suja é essencial para a prevenção de infecções.

e) A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada. A passagem de um trabalhador da área suja para a limpa deve ser precedida de banho.

f) É recomendável a utilização de estrados e proteção para os pés ou sapatos na área de alimentação da calandra para evitar que lençóis e outras peças grandes entrem em contato com o piso.

g) A roupa limpa deve ser manuseada somente quando necessário e com prévia higienização das mãos.

h) A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais.

i) Tanto na área "suja", quanto na área "limpa" da lavanderia hospitalar, é obrigatório a instalação de lavatórios/pias.

j) Na manipulação dos saneantes, principalmente em unidades de processamento de roupas que não possuem sistema automatizado de dosagem e distribuição dos saneantes, é fundamental o uso de equipamentos de proteção individual e que sejam seguidas as orientações quanto aos riscos químicos.

k) Os trabalhadores da lavanderia hospitalar devem receber constantemente orientações referentes ao modo de transmissão de doenças e controle de infecções.

l) A segurança do ambiente da lavanderia hospitalar está ligada à sua área física; à manutenção dos equipamentos, máquinas e sistemas; ao controle dos riscos físicos (temperatura ambiental, ruído, vibração, níveis de iluminação, umidade e ventilação); ao controle da exposição aos produtos químicos utilizados; à ergonomia; e aos agentes biológicos provenientes da roupa suja, de instrumentos e de resíduos de serviços de saúde que porventura venham misturados à mesma.

Submeter à apreciação do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** o resultado final do processamento, para avaliação da eficiência e eficácia dos processos utilizados.

Apresentar listagem de seus fornecedores, produtos e marcas utilizados, com fichas técnicas, no ato da assinatura do Contrato e sempre que solicitado pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**.

Deve a empresa terceirizada apresentar semestralmente laudo com os resultados dos:

- Testes bacteriológicos do meio ambiente e da água de abastecimento da lavanderia;
- Testes de durabilidade dos tecidos;
- Testes de PH de produtos e da água.

Além de:

- Manter arquivo de exames admissionais, periódicos, demissionais, mudanças de função e retorno ao trabalho, conforme preconiza a NR 7 do Ministério do Trabalho e Emprego, que compõe Portaria nº. 3.214 de 08/06/78 e suas alterações.
- Estabelecer Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, conforme preconiza a NR 9 do Ministério do Trabalho e Emprego, que compõe a Portaria nº 3.214 de 08/06/78 e suas alterações.
- Manter registro de segurança e saúde ocupacional, conforme preconiza a NR 32 do Ministério do Trabalho e Emprego, que compõe a Portaria nº 3.214 de 08/06/78 e suas alterações.
- Manter registro da caldeira, caso o serviço possua, conforme preconiza a NR 13 do Ministério do Trabalho e Emprego, que compõe a Portaria nº 3.214 de 08/06/78 e suas alterações.
- Manter registro e aprovação nos órgãos competentes (meio ambiente, defesa civil, prefeitura, entre outros).
- Manter alvará sanitário/ licença de funcionamento da Lavanderia Hospitalar do Licitante, emitido(a) pelo órgão de vigilância sanitária estadual ou municipal competente, conforme exigido pela Lei Federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 e Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, devendo o documento explicitar o tipo de serviço que atende e a origem das roupas a serem processadas como: serviços de saúde.

RECOMENDAÇÕES NO ÂMBITO DAS BOAS PRÁTICAS AMBIENTAIS

- Elaborar e manter um programa interno de treinamento de seus empregados para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes.
- Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos que promovem a redução do consumo de água.

- Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo.
- Verificar se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos, sistema de proteção elétrica e as condições de segurança de extensões elétricas.

ADMINISTRAÇÃO DO ENXOVAL

Administrar o enxoval de uma instituição de saúde objetiva definir e manter o fluxo das roupas limpas e usadas nas dependências do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** determinado uma logística de distribuição de maneira a não interferir nas atividades assistenciais, zelando pela qualidade das roupas recebidas, a manutenção das roupas durante o uso e o armazenamento. Deve-se também cuidar para o recolhimento adequado das roupas usadas com a manutenção do fluxo de retirada dos locais de acondicionamento, respeitando as condutas de controle e prevenção de infecção hospitalar definidas pela CCIH.

O **Instituto Saúde Cidadania - ISAC** realizará a gestão dos indicadores da rouparia como suporte para medir a efetividade da metodologia de trabalho empregada pelo parceiro como apoio para diagnosticar possíveis problemas, indicando soluções e controlando o alcance de metas, como:

- Índice de evasão;
- Índice de relavagem;
- Volume de roupa lavada x taxa de ocupação;
- controle de consumo de roupa por setor;
- Outros.

Em suma, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** manterá uma lavanderia hospitalar eficiente, uma vez que é de extrema importância para garantir a segurança e higiene dos pacientes, profissionais de saúde e funcionários do hospital.

Algumas razões pelas quais uma lavanderia hospitalar eficiente é importante, as quais o Instituto está comprometido, é incluem:

- **Prevenção de infecções hospitalares:** A lavanderia hospitalar desempenha um papel fundamental na prevenção de infecções hospitalares, pois as roupas de cama, roupas de pacientes e uniformes dos funcionários devem ser higienizados adequadamente para evitar a propagação de bactérias e vírus.

- **Garantia de qualidade dos tecidos:** A lavagem adequada dos tecidos prolonga sua vida útil e reduz a necessidade de substituição frequente, o que pode ser benéfico para os custos do hospital.
- **Conformidade regulatória:** Os hospitais estão sujeitos a regulamentações rigorosas que regem a higiene e a limpeza, e as lavanderias hospitalares são responsáveis por garantir que os padrões sejam atendidos.
- **Satisfação do paciente:** Roupas de cama limpas e roupas de pacientes podem melhorar a experiência do paciente e promover uma recuperação mais rápida.
- **Segurança do pessoal:** Uniformes de funcionários devem ser lavados adequadamente para prevenir a transmissão de patógenos para outros pacientes ou funcionários.
- **Responsabilidade ambiental:** Lavanderias hospitalares eficientes podem ajudar a reduzir o impacto ambiental do hospital, garantindo o uso adequado da água, energia e produtos químicos.

3.3. Fluxo Unidirecional de Resíduos de Serviço de Saúde

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** apresenta o Fluxo em referência atendendo a Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e da Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, bem como a RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e LEI n 12.305, de 02 de agosto de 2010, que Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos.

A geração de resíduos de serviços de saúde (RSS), embora seja relativamente pequena em relação aos resíduos sólidos urbanos, torna-se representativa quando considerado o potencial de risco que lhes é associado devido à presença de organismos patogênicos e/ou de suas toxinas, produtos químicos de natureza diversa (fármacos, quimioterápicos solventes, etc.), riscos radiológicos, entre outros. Considerando os riscos envolvidos no processo do gerenciamento desses resíduos, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** entende que o desenvolvimento de uma "cultura" baseada na reflexão crítica e na ação repetida, fundamentada no conhecimento dos riscos e na consciência da necessidade de auto e hetero cuidado, tornando-se essencial aos estabelecimentos que atuam na assistência de saúde humana.

Destacamos, conforme Formaggia (1995), alguns requisitos primários que serão atendidos na unidade geradora, no caso o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE**

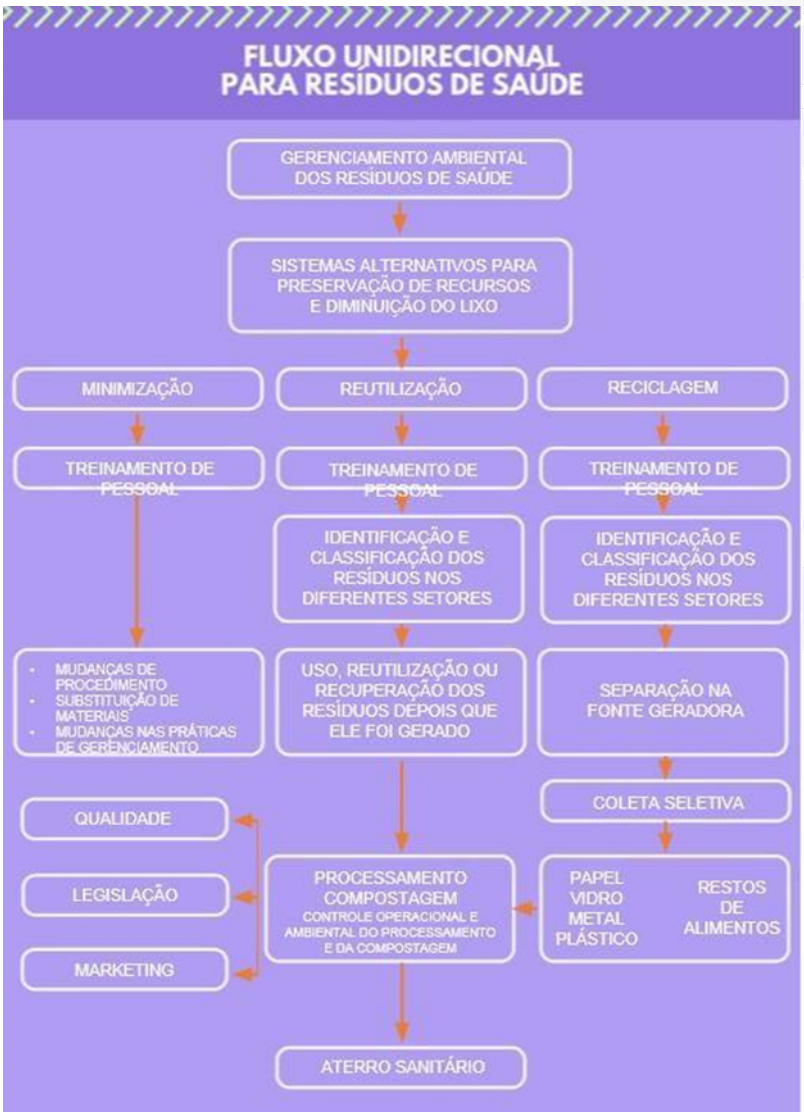
GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO em se tratando da implementação de um sistema de gerenciamento de resíduos:

- Higiene e limpeza serão consideradas palavras de ordem;
- Todos os profissionais conhecerão o sistema adotado para o gerenciamento (símbolos, gráficos, padrões de cores, segregação, horários e percurso de coleta, localização do abrigo, etc.), objetivando a sua participação na operacionalização do mesmo;
- Profissionais de higiene e limpeza serão conscientizados acerca de sua responsabilidade, além de conhecer corretamente todos os procedimentos preconizados para o manuseio, na coleta e no transporte, na higienização adequada de equipamentos e abrigos de RSS, e na utilização correta dos equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- Responsáveis técnicos orientarão para implantação de um sistema de gerenciamento tecnicamente adequado às condições locais;
- Serão adotados sistemas internos de coleta de RSS nos locais de vários gerados de RSS, facilitando o serviço externo da coleta;
- O gerenciamento do RSS estará adequado e em sintonia com o serviço público de coleta. Os gestores e responsáveis pelo gerenciamento deverão ter conhecimento do sistema de tratamento e destino final dos resíduos sólidos de uma forma geral, bem como das responsabilidades estabelecidas por meio das legislações municipais e estaduais;
    - O gerenciamento será acompanhado e avaliado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), particularmente no que se refere à programação de capacitações para os profissionais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

O fluxo proposto pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** para o serviço de RSS do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tem por objetivos: minimizar a produção de resíduos, proporcionar o direcionamento seguro e eficiente aos resíduos gerados, garantir a proteção dos trabalhadores e contribuir com a preservação da saúde pública e do meio ambiente. Esse plano é pautado no **Princípio dos 3 Rs**: Redução de consumo e desperdício, Reutilização e Reciclagem.

Este fluxo segue a legislação vigente e abrange **geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, tratamento, transporte e destinação final dos resíduos** gerados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** conforme apresentado a seguir:

FIGURA – FLUXO UNIDIRECIONAL PARA RESIDUOS DE SAÚDE



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

FIGURA – GERENCIAMENTO DE RESIDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

Abaixo são abordadas as simbologias, nomenclaturas e segregações de acordo com a classificação dos resíduos de saúde descritos na RDC ANVISA nº222/18.

TABELA - DIRETRIZES PARA OS RESÍDUOS DE SAÚDE

	Grupo A	**Simbologia Infectante**		**Saco Branco**	**Tratamento em Autoclave ou incineração e disposição final em aterro sanitário licenciado.**
	Grupo B	**Químico**		**Saco Laranja**	**Tratamento incineração e disposição final em aterro sanitário licenciado.**
	Grupo C	**Radioativo**	**Recipientes individualizados com blindagem.**		**Conjunto de operações específica para alcançar a disposição final em aterro sanitário licenciado.**
	Grupo D (Não Recicláveis)	**Simbologia Comum**		**Saco Preto**	**Disposição final em aterro sanitário licenciado.**
	Grupo D (Recicláveis)	**Simbologia Reciclável**		**Saco Azul ou Verde**	**Tratamento de acordo com o tipo de material reciclável destinado.**
	Grupo E	**Perfurocortante**		**Coletor Rígido**	**Tratamento em Autoclave ou incineração e disposição final em aterro sanitário licenciado.**

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

Grupo A – Resíduos com possível presença de agentes biológicos

A1 – Culturas e estoque de microrganismos; vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; resíduos da atenção à saúde humana e animal com suspeita ou certeza de contaminação Classe de Risco 4 (elevada periculosidade para o ser humano); bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes; sobras de laboratórios com sangue ou líquidos corpóreos.
A2 – Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais inoculados com microrganismos sem agentes Classe 4.
A3 – Peças anatômicas humanas (membros) e produtos de fecundação sem sinais vitais, menor que 500 gramas, 25 cm e 20 semanas gestacionais.
A4 – Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; sobras de amostras de laboratórios contendo fezes, urina e secreções, sem agentes Classe de Risco 4; peças anatômicas e resíduos de procedimentos cirúrgicos e outros resíduos sem inoculação de microrganismos.
A5 – Órgãos, tecidos, fluídos orgânicos e materiais perfurocortantes, entre outros com suspeita ou certeza de contaminação por príons.

Grupo B – Resíduos contendo substâncias químicas

Produtos hormonais, antimicrobianos, citostáticos, antineoplásicos, antirretrovirais, imunossupressores, imunomoduladores e digitálicos.
Saneantes, desinfetantes, germicidas, solventes, mercúrio de termômetro, ácido crômico, efluentes de processadores de imagem, amálgama, pilhas, baterias, óleo lubrificante e outros produtos perigosos.
Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).

Grupo C – Resíduos que contenham radionuclídeos

Dejetos sólidos ou líquidos provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a Resolução CNEN 6.05.

Grupo D – Resíduo Comum: sem risco biológico, químico ou radioativo.

São basicamente constituídos de papéis, embalagens, alimentos (que não apresentam riscos à saúde pública e ao meio ambiente), papel higiênico, copos plásticos, varrição, poda e jardinagem, gerados nas áreas administrativas, banheiros, corredores, copas de funcionários e nas áreas externas do Hospital.

Devem ser acondicionados em recipientes de acordo com as orientações dos serviços locais de limpeza urbana, identificados na cor preta.

***Observação para os Resíduos Comuns – Grupo D**

Este grupo é dividido entre os resíduos não recicláveis e recicláveis. Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparado aos resíduos domiciliares.
O descarte dos resíduos não recicláveis é feito em saco preto e dispensado em aterro controlado.
Já os resíduos recicláveis são resíduos que após sofrerem uma transformação física ou química podem ser reutilizados, recuperados ou ter aproveitamento energético.

Grupo E – Materiais perfurocortantes ou escarificantes

Lâminas de bisturi, lâminas de barbear, agulha (sutura e raqui), ampolas de vidro, seringas com agulhas, brocas, escalpes, mandril de cateteres curtos ou longos utensílios, vidros quebrados e similares.
Resíduos do Grupo E quando contaminados por agentes biológicos ou químicos, devem ter seu manejo de acordo com cada classe de risco associada.

Destaca-se que o trabalho de separação dos resíduos contribui consideravelmente para a redução dos materiais que seriam destinados ao aterro sanitário. Em consequência, a vida útil do aterro é acrescida e os danos ao meio ambiente são reduzidos.

Os setores de **Educação Permanente e Meio Ambiente** aliados as ferramentas de Comunicação como materiais informativos, sinalização interna e cartilhas educativas são imprescindíveis para orientar colaboradores, pacientes, prestadores de serviços e comunidade em relação ao descarte correto de resíduos. Além disso, haverá um Comitê de PGRSS e Sustentabilidade mensal registrado em ata que abordará essas temáticas voltadas aos resíduos, dentro outras especificidades da área, cujo participantes serão colaboradores das áreas de interesse do próprio serviço de saúde.

O trabalho de gerenciamento de resíduos no Serviço de Saúde será orientado pelo relatório de PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde e pelos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) descritos em formato de rotinas em manual

específico para Meio Ambiente e Governança, documento elaborado e atualizado pela equipe de Engenharia Ambiental.

Procedimentos para as Áreas Internas

Os procedimentos para as Áreas Internas são todos aqueles relativos ao manuseio, segregação, acondicionamento, estocagem e transporte dos resíduos sólidos desde o local de geração até seu armazenamento dentro do Abrigo Externo, descritos no Manual de Instruções Técnicas de Meio Ambiente e Governança.

Qualquer que seja seu porte deverá proceder no próprio local de geração, à completa separação de todos os tipos de resíduos. Para tanto deverá haver recipientes distintos em cada uma das salas onde se faça assistência à saúde, para receber separadamente cada tipo de resíduo gerado.

Os recipientes localizados nas salas onde são gerados os resíduos deverão ter capacidade volumétrica mínima para acumular o resíduo gerado em um período de pelo menos quatro horas, devendo ser fabricados em material rígido. Estes recipientes deverão ser guarnecidos internamente por sacos plásticos que atendam às normas NBR-9.190, NBR- 9.191 da ABNT e Resolução 275/01 do CONAMA, na cor branca leitos a para os resíduos infectantes e de qualquer outra cor com transparência para o resíduo comum, exceto as cores preta, vermelha e branca. Os sacos plásticos para acondicionar resíduos comuns recicláveis deverão ser de plástico transparente.

Os recipientes localizados próximo aos pacientes são de uso exclusivo deles, sendo obrigatória a colocação de recipientes vedados para os demais resíduos gerados.

Os resíduos perfurocortantes deverão ser colocados em embalagens rígidas que atendam à norma técnica NBR-12.809 da ABNT. As embalagens rígidas devem ser colocadas em sacos plásticos de cor branca leitosa que atendam ao disposto na alínea anterior.

Os sacos deverão ser utilizados em até 2/3 (dois terços) de sua capacidade máxima, de forma a permitir o seu correto fechamento no próprio local onde foi gerado. Os sacos plásticos e as embalagens rígidas contendo resíduos potencialmente infectantes deverão ser removidos das salas onde são gerados por contêineres plásticos padronizados, com corpo e tampa na cor branca, ou corpo na cor cinza claro e tampa na cor laranja, ostentando em pelo menos uma de

suas faces externas um adesivo de 20 cm x 20 cm com o símbolo "Resíduo Infectante", de acordo com a norma técnica da ABNT NBR-7500.

Os sacos plásticos contendo resíduo comum deverão ser removidos das salas onde são gerados por contêineres plásticos padronizados, com corpo e tampa na cor laranja, para agregando até 120 litros por dia ou com corpo e tampa nas cores azul ou verde, para mais do que 120 litros por dia, ostentando em pelo menos uma de suas faces externas um adesivo de 20cm x 20cm com o símbolo "Resíduo Comum" de acordo com a norma técnica da ABNT NBR-7500.

A remoção dos sacos plásticos contendo os diferentes tipos de resíduos deve ser feita para o Abrigo Externo, diariamente ou ao fim de cada jornada de trabalho, no mínimo, devendo permanecer armazenados nos contêineres separadamente dos demais resíduos.

O **transporte interno de resíduos** deve ser realizado em sentido único, com roteiro definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas. Esse transporte deve ser feito separadamente e em recipientes específicos para cada tipo de resíduo. Caso o volume de resíduos gerados e a distância entre o ponto de geração e o Abrigo Externo justifiquem, deverá criar Abrigos Internos, próximos aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o traslado entre os pontos geradores e o Abrigo Externo.

O armazenamento temporário dos resíduos nos Abrigos Internos não poderá ser feito com disposição direta dos sacos sobre o piso. Quando não estiverem sendo utilizados, os contêineres deverão permanecer guardados no Abrigo Externo ou no Abrigo Interno.

Procedimentos para as Áreas Externas do Serviço de Saúde

Para a execução dos serviços de coleta e transporte do lixo infectante deverão ser utilizados veículos coletores específicos para esse fim, dotados com os seguintes requisitos mínimos:

- Ter superfícies internas lisas, de cantos arredondados;
- Ser estanque para impedir vazamento de líquidos, devendo ter, como segurança adicional, caixa coletora impermeabilizada de líquido percolado com volume adequado para a coleta do Lixo Infectante;
- Operar de forma a não permitir o rompimento dos sacos plásticos, evitando, assim, a

exposição dos resíduos e o vazamento do chorume;

- Atender à programação visual especificada.

A) Limpeza e Desinfecção

Os recipientes, os contêineres e os abrigos, internos e externos terão que ser submetidos a processo de limpeza e desinfecção simultâneas, obrigatória e imediatamente após a coleta dos resíduos. Já os veículos coletores transportadores terão que ser submetidos à lavagem e desinfecção simultâneas, obrigatoriamente após o término da jornada de trabalho. A desinfecção deverá ser feita com solução de hipoclorito de sódio a 2% (dois por cento) e a lavagem com água corrente em abundância e sabão ou detergente e os efluentes provenientes da lavagem e desinfecção devem ser encaminhados para sistema de tratamento que atenda aos padrões estabelecidos pelo governo local.

B) Transporte

Os funcionários que realizarem o transbordo do lixo infectante deverão estar usando todos os EPI's adequados à operação, devidamente treinados para as atividades realizadas e respeitando o programa de saúde ocupacional.

C) Tratamento

Os resíduos infectantes, químicos ou comuns, quando apresentarem contaminação por substância radioativa deverão ser tratados como resíduos do Grupo C da Resolução CONAMA 283/01 antes de serem submetidos a tratamento ou destinação final adequada ao seu tipo, mediante autorização prévia dos órgãos ambientais responsáveis. Todos os resíduos deverão ser recolhidos e encaminhados para o armazenamento externo, sempre no período matutino e/ou final do dia, quando o recipiente estiver preenchido com 2/3 de sua capacidade acondicionados em contêiner de 120 litros.

D) Armazenamento Temporário

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, específico para disposição temporária.

E) Armazenamento Externo

Abrigo localizado no recuo frontal do terreno com indicações estabelecidas pela norma regulamentadora.

FIGURA - Imagem ilustrativa de um abrigo de resíduos de acordo com a RDC Anvisa nº222/18 que é padrão institucional e deverá ser aplicado no serviço de saúde.

Fonte: **RDC Anvisa nº222/18**

F) Tratamento Intraunidade

Não é utilizado nenhum tipo de tratamento intraunidade.

G) Caracterização dos Aspectos Ambientais

Os resíduos produzidos pelos serviços de saúde serão segregados no abrigo externo conforme descrito acima e disposto na RDC ANVISA nº222/18 e PGRSS. A coleta será efetuada por uma empresa terceirizada especializada em resíduos de saúde.

Indicadores e resultados

Os indicadores de Resíduos do Serviço de Saúde estão previstos na Resolução RDC ANVISA 306/04 e RDC ANVISA nº 222/18 e servem para a Unidade conhecer o seu perfil de geração, propondo ações e projetos na busca pela redução da periculosidade, acidentes biológicos e quantidade de resíduos, conforme previsto na Política Nacional de Resíduos Sólidos.

Para isto, institui-se um grupo de colaboradores responsáveis pelo monitoramento dos processos de gestão dos resíduos através de ações como:

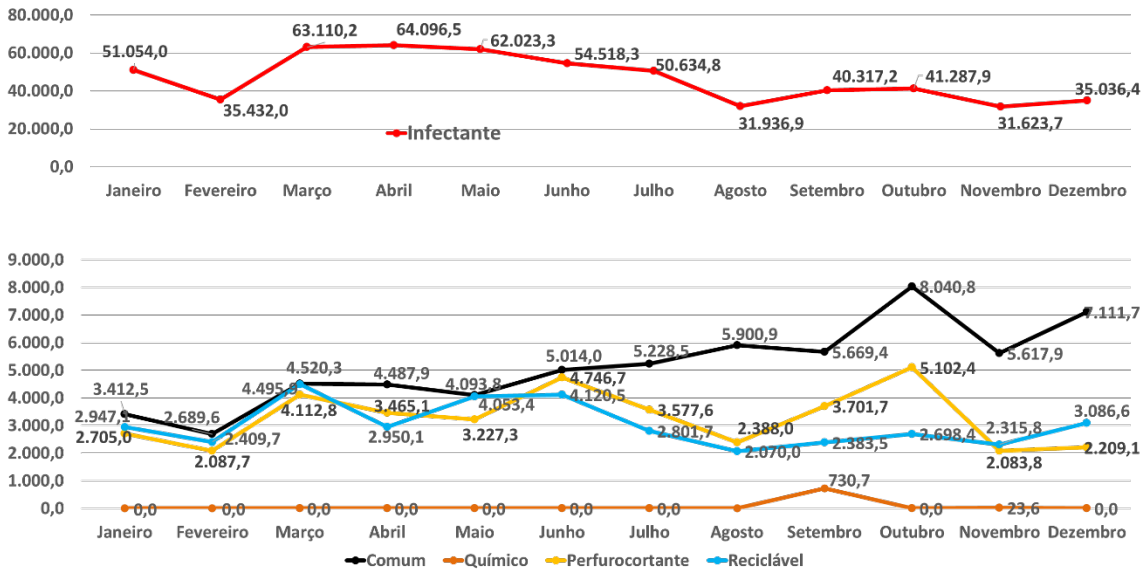
- Retirada de cesto de resíduo infectante dos corredores e recepções;
- Segregação de materiais recicláveis nos postos de enfermagem;
- Implantação do protocolo de descarte dos resíduos;
- Rondas Semanais das lideranças para monitoramento do descarte dos resíduos;
- Treinamentos e Capacitação para toda a equipe multiprofissional.

A partir da atuação do Comitê PGRSS, será possível elencar os seguintes indicadores:

- Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D (Comum e reciclável);
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E;

Abaixo apresentamos um exemplo de transcrição dos indicadores em gráfico utilizado pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

FIGURA – MODELO DE INDICADORES EM GRÁFICO



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Concomitante ao indicador de resíduos de saúde também será realizado o controle de documentação obrigatória pertinente ao gerenciamento de resíduos.

FIGURA – CONTROLE DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS RELATIVOS AO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

Documentos	Licença de Operação CETESB	Retirada de CADRI	Cadastro IBAMA	PGRSS	Comitê de Sustentabilidade	Declaração Anual Resíduos	Obtenção CDF Resíduos	Coleta Seletiva	Premiação em Eventos
Status / Validade	14/05/2024	02/03/2024	05/04/2022	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme

Fonte: Engenharia Ambiental, 2022.

Destaca-se que as documentações mencionadas acima serão retiradas e/ou readequadas de maneira prioritárias para atendimento as legislações e normas locais.

FIGURA - Ações para Melhoria Contínua da Cultura Ambiental e Atendimento as Normas e Legislações (1)

Tema	Obrigatoriedade	Descrição	Periodicidade	Status
Conscientizações e Treinamentos	RDC Anvisa nº222/18 3	Aplicação de Integração e Reciclagem dos colaboradores do Instituto.	Mensal	Pendente
Horas de Sustentabilidade Gestores	Boa Prática	Necessidade de 3 horas mensais de atividades com temáticas de sustentabilidade para implantar, concretizar e expandir a cultura na instituição.	Anual	Pendente
Rondas e Auditorias	Boa Prática	As rondas e auditorias assegurarão o êxito do cumprimento das legislações ambientais vigentes e melhoria contínua das rotinas.	Semestral	Pendente
Manual de Normas e Rotinas Ambientais	Boa Prática	Modelo de Manual de Gestão de Resíduos Corporativo que deve ser utilizado pelas unidades Brasil Saúde.	Permanente	Pendente
Controle de Fumaça Preta dos Veículos e Geradores	CETESB 1	Aplicável somente às Unidades que possuem Gerador movido à Diesel. O uso do método da Escala de Ringelmman deve ser realizado somente em horário administrativo (presença de luz natural).	Trimestral	Pendente
Coleta e Laudo de Efluente	ANVISA e CETESB 2	Necessário a implantação da coleta de água de efluente gerado pela unidade para posterior analise laboratorial.	Trimestral	Pendente

Fonte: Engenharia Ambiental, 2022.

Certificações

Considerando a complexidade e amplitude dos dados que podem ser consultados e obtidos a partir de um bem aplicado Plano de Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde

(PGRSS), surge a oportunidade de trazer o reconhecimento externo a essa prática interna de excelência, por meio de certificações e de premiações. Abaixo, apresentamos uma relação de possíveis distinções a serem buscadas pelos serviços de saúde, através da gestão desta Instituição.

Tais reconhecimentos trazem diversos benefícios no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** dentre os quais:

- Motivação entre os colaboradores que se sentem reconhecidos e valorizados já que estes contribuem efetivamente para o PGRSS;
- Reconhecimento do serviço de saúde como modelo na gestão de resíduos de saúde no país;
- Contribuição do serviço de saúde para minimizar os aspectos e impactos ambientais locais;
- Economia efetiva de meios tendo em vista o compromisso do serviço de saúde com ações de sustentabilidade que implicam também em redução de gastos.

FIGURA - Ações para Melhoria Contínua da Cultura Ambiental e Atendimento as Normas e Legislações (2)

Tema	Obrigatoriedade	Descrição	Periodicidade	Status
Desafio Clima e Resíduos	Boa Prática e Certificação	Premiação de Projetos de Meio Ambiente específicos desenvolvidos na área da saúde e com emissão de certificação no Seminário Hospitais Verdes e Saudáveis.	Anual	Pendente
Prêmio Amigos do Meio Ambiente	Boa Prática e Certificação	Premiação de Projetos de Meio Ambiente específicos desenvolvidos na área da saúde e com emissão de certificação no Seminário Hospitais Verdes e Saudáveis.	Anual	Pendente
A3P	Boa Prática e Certificação	Diretrizes de Sustentabilidade na Administração Pública desenvolvido pelo Ministério do Meio Ambiente.	Anual	Pendente
ISO14001	Boa Prática e Certificação	Certificação Internacional NBR ISO14001 para implantação e melhoria contínua do Sistema de Gestão Ambiental no Instituto.	Anual	Pendente

Fonte: Engenharia Ambiental, 2022.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6
Levantamento dos resíduos no setor de origem						
Classificação dos resíduos						
Identificação do acondicionamento temporário						
Definir o PGRSS e registrar na Anvisa local						
Treinamento da equipe da Unidade						
Treinamento equipe de limpeza						
Monitorar o PGRSS						

Obs. 1:O Cronograma acima está definido apenas para os 6 (seis) primeiros meses iniciais da gestão considerando a implantação da atividade, todavia, subentende-se que se trata de ação

de monitoramento e controle de todo o período da vigência contratual de gestão do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**.

Obs. 2: A atividade referente ao monitoramento do PGRSS será contínua.

Visando atender as demandas regulamentares as RDC ANVISA nº 306/04 e CONAMA nº 358/05 e, determinar meios de garantia de preservação do meio ambiente, pedimos ver o item da **Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde** no decorrer deste Plano de Trabalho.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** irá implementar o PGRSS de forma a haver pactuação e entendimento dos envolvidos quanto às diferentes categorias possíveis de serem geradas e segregadas, uma vez que a segregação representa a primeira e definitiva etapa para o manejo adequado dos resíduos. A classificação previamente definida e o respeito às particularidades de cada resíduo, os potenciais de risco, de reciclabilidade e de descartabilidade, são fundamentais para a orientação da segregação.

Cada especialidade de serviço de saúde gera diferentes tipos de resíduos, de acordo com materiais específicos de cada área da assistência. A efetiva gestão que será implantada pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** se iniciará na geração, na minimização, na segregação - de acordo com o resíduo - no próprio local de geração - e no tratamento e disposição final adequados.

Tanto a minimização de resíduos quanto a segregação de materiais recicláveis estão diretamente relacionados à mudança de hábitos das pessoas envolvidas na geração dos resíduos. Nesse sentido, o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** entende que a educação ambiental poderá ser uma ferramenta importante na adoção de padrões de conduta mais adequados aos novos modelos de gestão propostos e, portanto, terão atenção especial no programa de Educação Permanente destinados aos profissionais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** de forma a propiciar melhor clareza nas responsabilidades individuais e coletivas em relação ao meio ambiente, dentro e fora da unidade de saúde.

3.4. Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados

No **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** a assistência à saúde prestada em regime de hospitalização e serviço ambulatorial compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar/ambulatorial até sua alta 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).

No processo de hospitalização e atendimento ambulatorial, o fornecimento de roupas hospitalares está incluído aos pacientes do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** O Serviço de Hotelaria e Lavanderia - SHL é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

A Central de Material de Esterilização (CME) é o setor destinado à limpeza, esterilização, acondicionamento e distribuição de todos os artigos médicos hospitalares para os serviços da unidade. No **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** para suporte aos serviços assistenciais, a Unidade dispõe de áreas de apoio, dentre as quais a Central de Material e Esterilização – CME.

A Resolução RDC nº. 307, de 14 de novembro de 2002, considera a CME uma unidade de apoio técnico, que tem como finalidade o fornecimento de materiais médico-hospitalares adequadamente processados, proporcionando, assim, condições para o atendimento direto e a assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios.

Serão observadas a Resolução RDC nº 15, de 2012 – Boas Práticas para o Processamento de Artigos e a RE nº 2605/2006 – Lista de Artigos Proibidos de Reprocessamento, bem como a RDC nº 50 (ANVISA, 2004), que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A dinâmica de trabalho na **Sala de Armazenagem e Distribuição de Materiais Esterilizados** deverá possuir um fluxo contínuo e unidirecional de artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos, com os limpos e esterilizados, como também impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril.

A **Sala de Armazenagem e Distribuição de Materiais Esterilizados** é o local de preparo e esterilização de materiais, ou seja, local destinado ao preparo, secagem e embalagem do material já limpo, a ser encaminhado para uso ou esterilização. É uma unidade

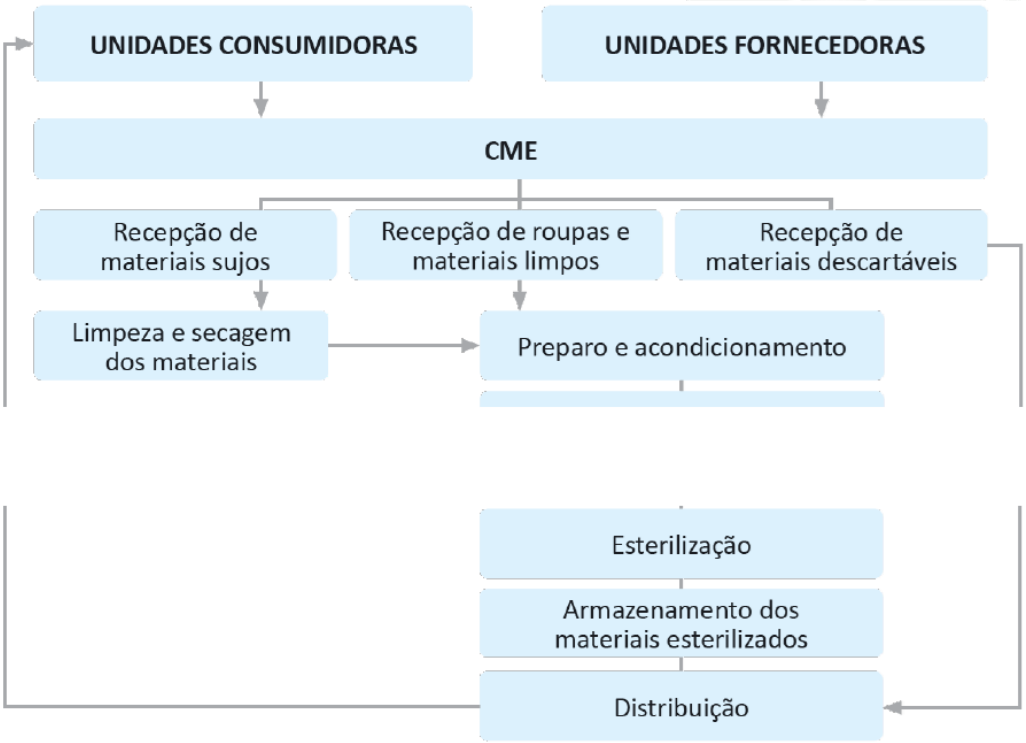
de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinada a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, pregoá-los e esterilizá-los, bem como, preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição.

O expurgo é o local destinado ao recebimento de utensílios e instrumentais médicos, de enfermagem e de odontologia, sujos e contaminados, para lavagem e desinfecção.

ESTRUTURA FÍSICA

Fonte: **RDC nº 15, 15/03/2012.**

FLUXO DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

O fluxo de material será realizado pela equipe técnica de enfermagem do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** especialmente designada para lavagem, descontaminação, preparo e esterilização, com a coordenação da Coordenadora de Enfermagem e supervisão da Enfermeira da Assistência que estiver no plantão.

O fluxo de uma CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Além disso, os acessos de pessoas devem se restringir aos profissionais da área.

O fluxo corresponde ao envio de materiais para esterilização consiste no recebimento do material das áreas de assistência, conferência, desinfecção, separação, limpeza, envio para área de preparo, revisão e seleção dos materiais, preparo dos materiais, registro do material a ser esterilizado e esterilização.

Após a esterilização do material do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** com observância das normas e regulamentos pertinentes, a equipe de técnicos de enfermagem da **Sala de Armazenagem e Distribuição**

de Materiais Esterilizados, procederá com conferência do material nos aspectos de estado de conservação e qualidade do serviço, e notificará à Coordenação de Enfermagem quaisquer vícios e falhas na qualidade, separará os materiais que não passaram no teste de qualidade, ou impróprios para uso, reencaminhar os materiais que não passaram no teste de qualidade para nova esterilização, e distribuição do material apto aos setores, registro da distribuição do material.

LAVAGEM DE DESCONTAMINAÇÃO

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

PREPARO DE MATERIAIS

- Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza;
- Preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados;
- Encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.
- Controle da quantidade do material enviado para esterilização. Manter o controle para conferência posterior

ESTERILIZAÇÃO

- A esterilização será realizada pela Sala de Armazenagem e Distribuição de Materiais Esterilizados;
- Executar o processo de esterilização das autoclaves, conforme instrução do fabricante e padrões estabelecidos pela RDC-50.

ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS E ROUPAS ESTERILIZADAS

- Checar material esterilizado, realizando a conferência do quantitativo, o estado de conservação e qualidade da esterilização.
- Fazer o registro do material e notificar ao Coordenador de Enfermagem vícios e falhas no material;
- Devolver à esterilização os materiais que não passaram no teste de qualidade;

- Estocar o material esterilizado que foi aprovado;
- Proceder à distribuição do material na unidade;
- Registrar a saída do material.

MATERIAIS ESTERILIZADOS

Finalidade e Conceitos

Os artigos de assistência à saúde são manejados dentro da unidade, como ferramentas para realização de diagnósticos e tratamentos, ou apoio para esses procedimentos e necessitam de controle apurado para o manejo, a fim de não comprometer a vida do paciente, disseminando a infecção.

As ações que se realizam com estes artigos dependem de sua área de contato e do tipo de artigo hospitalar, realizando as limpezas simples, desinfecção e esterilização.

As desinfecções de artigos assistência à saúde são realizadas de acordo com a classificação feita por SPAULDING, há mais de 2 décadas, e os artigos hospitalares são classificados em: Críticos, Semicríticos e Não-críticos, baseado no grau de risco de infecção do uso destes itens.

Os artigos críticos são aqueles destinados a penetração, através de pele e mucosas, que entram em contato com tecidos estéreis do corpo humano, isentos de colonização. Exemplo: agulhas, materiais cirúrgicos, cateteres cardíacos e outros.

Os artigos semicríticos são aqueles que entram em contato com mucosas íntegras ou pele lesada. Exemplo: circuitos de terapia respiratória, endoscópios, tubos endotraqueais.

Os artigos não críticos são aqueles que entram em contato apenas com a pele íntegra do paciente ou não entram em contato com ele. Exemplo: o material usado para higienização, termômetro, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso, comadre, papagaio, entre outros. Para os artigos não-críticos basta a limpeza com procedimento mínimo.

Por limpeza entende-se a completa remoção da sujidade presente nos artigos, utilizando água, detergente e ação mecânica. Utilizando água morna e detergente enzimático potencializa-se a efetividade da limpeza.

Para os artigos semicríticos, além da limpeza, há a necessidade de complementar com a termo desinfecção ou desinfecção química de nível intermediário, no mínimo.

A termo desinfecção faz-se por meio das lavadoras termodesinfectoras, que possuem programas que operam em temperaturas variadas como as de 70°C, 85°C, 92°C, 95°C, respectivamente, a um tempo de exposição decrescente.

A desinfecção química pode ser feita imergindo o material em soluções à base de glutaraldeído a 2% por 20 a 30 minutos, ou ácido peracético a 0,2% por 10 minutos, atentando-se para indicações e contraindicações para cada material.

Estas duas soluções garantem a desinfecção de alto nível, ou seja, além de virucida, bactericida, fungicida e micobactericida, é também parcialmente esporocida. Já outros germicidas como o álcool a 70%, hipoclorito de sódio a 1% e fenol sintético, são desinfetantes químicos sem ação esporocida, porém adequados para processar os artigos semicríticos, por serem desinfetantes de nível intermediário (virucida, bactericida, fungicida e micobactericida).

Para os artigos críticos, a esterilização é o procedimento aceito. Se o artigo for termo resistente, a autoclavação com pré-vácuo é o processo imbatível, pois é seguro, rápido, econômico, não-tóxico, e que permite ser seguramente monitorizado. Se o artigo for termossensível, há que se recorrer à esterilização gasosa automatizada, por meio de óxido de etileno, placa de peróxido de hidrogênio ou vapor à baixa temperatura com o gás formaldeído.

DEFINIÇÕES

É o processo de remoção de sujidade e/ou matéria orgânica presente nos artigos e superfícies.

Preconiza-se a limpeza com água e sabão, promovendo a remoção da sujeira e do mau odor, reduzindo assim a carga microbiana. A limpeza deve sempre preceder os processos de desinfecção ou esterilização, pois a maioria dos germicidas sofre inativação na presença de matéria orgânica.

MÉTODOS DE LIMPEZA

- **Limpeza Manual:** Executada através de fricção, com escovas e uso de detergente e água.

- **Limpeza Mecânica:** É realizada através de lavadoras por meio de uma ação física e química (lavadoras ultrassônicas e termodesinfectadoras).
- **Secagem:** Parte importante do processamento de artigos hospitalares. Recomenda-se comumente a secagem com ar comprimido, pois elimina o ambiente úmido que favorece a proliferação bacteriana.
- **Estocagem:** Deve-se evitar a estocagem de artigos já processados em áreas próximas a pia água ou tubo de drenagem.
- **Descontaminação:** É o processo de eliminação parcial da carga microbiana de artigos e superfícies, tornando-os aptos para o manuseio. Após a descontaminação, deve-se seguir o processamento adequado.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

- **Alto Nível:** Destrói todas as bactérias vegetativas (porém não todos os esporos bacterianos), as microbactérias, os fungos e os vírus. É indicada para artigos como lâminas de laringoscópio, equipamento de terapia respiratória, anestesia e endoscópio.
- **Médio Nível:** destruição de todas as formas bacterianas não esporuladas e vírus, inclusive o bacilo da tuberculose. Ex: Cloro, álcoois, fenólicos
- **Baixo Nível:** Destruição de bactérias na forma vegetativa mais não são capazes de destruir esporos e nem microbactérias e vírus. Ex: Quaternário de Amônia

MÉTODOS DE DESINFECÇÃO

- Desinfecção por meio físico líquido:
    - **Água em ebulição:** indicada na desinfecção de baixo nível ou descontaminação de artigos termorresistentes. Tempo de exposição 30 minutos;
    - **Lavadoras automáticas térmicas:** indicada para desinfecção de alto nível de artigos termorresistentes ou para limpeza de artigos críticos antes de sofrerem o processo de esterilização. Podem ser associadas ao uso de detergentes enzimáticos ou desinfetantes. Ex. artigos de inaloterapia, acessórios de respiradores, material de intubação, etc.

- Desinfecção por meio químico líquido:
    - **Glutaraldeído**

- ✓ Desinfecção de alto nível de artigos na concentração de 2%, por 20 a 30 minutos;
- ✓ Esterilização de artigos na concentração de 2%, de 8 a 10 horas;
- ✓ Usar em artigos termo sensíveis (instrumental, látex e etc.).

- **Recomendações de uso de Glutaraldeído:**

- ✓ Ativar o produto e verificar o prazo de validade;
- ✓ Usar recipiente de vidro ou plástico fosco - produto fotossensível;
- ✓ Manter em recipientes tampados;
- ✓ Necessita de enxágue copioso;
- ✓ Necessita do uso de EPI - luva de borracha de cano longo, máscara de carvão e óculos de proteção.

- **Álcoois**

- Desinfecção de nível intermediário de artigos não críticos, alguns artigos semicríticos e superfícies, na concentração a 70%.
- Tempo de exposição de 10 minutos com três aplicações, aguardando a secagem espontânea.

- **Recomendações de uso de Álcoois:**

- Assegurar-se da qualidade do produto;
- Friccionar a superfície ou o artigo, deixar secar em ar ambiente, repetir três vezes até completar o tempo de ação;
- Pode ser usado na desinfecção concorrente de superfícies entre cirurgias, exames, após uso do colchão, etc.;
- Contraindicado em acrílico, borracha, tubos plásticos. Danifica o cimento das lentes dos equipamentos;
- Não necessita de enxágue;
- Não necessita usar EPI.

- **Fenol sintético**

- Desinfecção de nível intermediário e baixo. Usado para descontaminação ambiental incluindo bancadas de laboratórios e artigos não críticos. Tempo de exposição para superfícies e artigos é de 10 minutos.

- **Recomendações de uso de Fenol Sintético:**

- Contraindicado para artigos que entram em contato com o trato respiratório, alimentos, objetos de látex, acrílico e borrachas;
- Friccionar a superfície ou o objeto imerso, com escova, esponja, etc., antes de iniciar o tempo de exposição;
- Enxágue copioso com água potável;
- Necessita do uso de EPI – luva de borracha de cano longo, máscara de carvão, avental impermeável e óculos de proteção.

- **Hipoclorito de Sódio**

- Desinfetante dos três níveis – alto, intermediário e baixo, conforme a concentração e tempo de exposição.

- **Recomendações de uso de Hipoclorito de Sódio:**

- Usar em recipientes opacos – o produto é fotossensível. Devem ser mantidos em vasilhames tampados devido a volatilização do cloro;
- Assegurar-se da qualidade do produto;
- Descontaminação de superfícies na concentração de 0,1% (10.000 ppm) por 10 minutos.

- **Desinfecção de artigos:**

- Alto nível: na concentração de 0,1% (1000 ppm) por 20 a 60 minutos;
- Médio nível: na concentração de 0,1% (1000 ppm) por 10 minutos;
- Baixo nível: na concentração de 0,01% (100 ppm) por 10 minutos.
- Necessita enxágue no caso de desinfecção de alto nível. Quando não for possível o enxágue com água estéril, deve-se utilizar água corrente e fricção com álcool a 70% após secagem.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI NECESSÁRIOS

- Luva de Borracha Cano Longo;
- Máscara de Proteção Individual N95;

- Óculos de Proteção;
- Gorro;
- Avental Impermeável;
- Sapato Fechado;
- Protetor Auricular, para realizar a secagem dos materiais.

PROCESSO DE LIMPEZA

O processo de remoção de sujeiras e/ou matéria orgânica de artigos e/ou superfícies, deve ser realizado imediatamente antes da desinfecção ou esterilização.

PRODUTOS

• **Sabão Neutro:** facilita a retirada da sujidade seca, sendo necessária ação mecânica para remover a sujidade incrustada; utilizado na primeira etapa do processo de limpeza.
• **Sabão Enzimático:** remoção de sujidade sem ação mecânica; etapa obrigatória na limpeza de instrumentais cirúrgicos.
• **Desincrustante:** proporciona rápida e eficiente limpeza por oxidação (usado 01 vez por mês, na manutenção dos instrumentais); usado também para limpeza das autoclaves.

DESINFECÇÃO

É o processo físico ou químico que destrói todos os microrganismos patogênicos ou não, na forma vegetativa, presente nos artigos (exceto os microorganismos esporulados).

TIPOS DE DESINFECÇÃO

• **Baixo Nível:** É capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, mas não tem ação contra esporos, vírus não lipídico nem contra o bacilo da tuberculose (não inativa microrganismos resistentes). Tem ação apenas relativa sobre os fungos;

  - ***Álcool 70%:*** desinfecção por fricção manual por 30 segundos – Baixo Nível.

• **Médio Nível (Intermediário):** tem ação virucida, bactericida para forma vegetativa, inclusive contra o bacilo da tuberculose, não tendo ação contra os esporos;

- ***Hipoclorito de sódio a 1%:*** desinfecção em 30 minutos de imersão – Médio Nível.

• **Alto Nível**: destroem todas as bactérias vegetativas, microbactérias, fungos, vírus e parte dos esporos.

- ***Glutaraldeído:*** desinfecção em 30 minutos de imersão – Alto Nível;
- ***Ácido Peracético:*** desinfecção em 10 minutos de imersão – Alto Nível;

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA DESINFECÇÃO DE ARTIGOS: BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO DE ARTIGOS, SEGUNDO SPAULDING, 1968

• **Artigos críticos:** penetram tecidos estéreis ou sistema vascular, devem ser esterilizados;
• **Artigos semicríticos:** destinados ao contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras. Requerem desinfecção de alto nível ou esterilização (ex: endoscópios, equipamentos respiratórios e de anestesia);
• **Artigos não críticos:** artigos destinados a o contato com a pele íntegra do paciente. Requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (ex: comadres, compadres, cubas, aparelhos de pressão, etc.).

ESTERILIZAÇÃO

Esterilização é o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos presentes.

Reesterilização é o processo de artigos já esterilizados, mas não utilizados em razão de vencimento do prazo de validade da esterilização ou de outra situação na qual a segurança quanto ao processo ou aos resultados da esterilização inicial esteja comprometida.

TIPOS DE ESTERILIZAÇÃO

• **Esterilização Física / Autoclave:** Processo de esterilização que utiliza altas temperaturas de vapor úmido. É o processo que oferece maior segurança e economia.

Devem ser esterilizados por este processo todos os artigos que suportam altas temperaturas, em calor úmido (ex: artigos de borracha, tecidos, metais e vidros);

• **Esterilização Química:** É o processo de esterilização por meio de imersão dos artigos em germicida químico. É usada para equipamentos termossensíveis.

  - Produtos: Ácido Peracético (1 hora) e Glutaraldeído (8 a 10 horas);

• **Esterilização Físico - Química / Óxido de Etileno:** é um processo físico químico de esterilização, onde o agente utilizado é o gás óxido de etileno, sendo realizado em autoclave à temperatura entre 50 a 60ºC (ex: materiais termossensíveis que não podem passar por esterilização química).

VALIDADE DA ESTERILIZAÇÃO

- ✓ **Papel Crepado:** 30 dias;
- ✓ **Papel grau cirúrgico:** 02 anos (ou de acordo com a validação do fabricante);
- ✓ **Tecido:** 07 dias (em autoclave);
- ✓ **Saco plástico / tecido:** 24 horas (esterilização química de material de uso ambulatorial);
- ✓ **Tecido:** imediato (esterilização química de material cirúrgico).

Reprocessamento

É o método aplicado em artigos médico-hospitalares com a finalidade de permitir a sua reutilização, o que inclui limpeza, desinfecção e esterilização.

Caso se decida pelo reprocessamento devem ser observados os seguintes itens:

- Manutenção das propriedades físico-químicas do artigo em questão;
- Compatibilidade entre o processo e o artigo; identificação do artigo que foi reprocessado;
- Adoção de um sistema de registro quanto ao número de reprocessamentos.

Reprocessamento de Artigos de Uso Único

Artigo médico-hospitalar de uso único é o produto que, após ser usado, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais e/ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado (são normalmente fabricados a partir de materiais plásticos ou elastoméricos).

Os artigos de uso único não são passíveis de reesterilização e, portanto, sua reutilização é proibida (Resolução RDC nº 156/2006 e Resolução RE nº 2605/2006 ANVISA/MS).

Problemas decorrentes ou Associados ao Reuso

- As matérias-primas originais podem não apresentar a resistência necessária para mais de uma utilização, segura e eficaz;
- O processo de limpeza e esterilização subsequente não foi previsto quando da confecção do artigo;
- Risco de infecção por probabilidades de falha no processo de reesterilização;
- Risco de Toxicidade por remoção incompleta de a gentes germicidas, detergentes, e outras soluções ou gases com toxicidade potencial.

Lista de Produtos Médicos de Uso Único (Resolução Re Nº 2605/2006 Anvisa/MS).

Nota: A lista abaixo contempla todos os artigos citados na norma e serão readequados para o perfil do serviço conforme o objeto deste Plano de Trabalho.

- Agulhas com componentes, plásticos não desmontáveis;
- Aventais descartáveis;
- Bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação com aspiração e irrigação;
- Bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo; (funcionalidade);
- Bolsas de sangue;
- Campos cirúrgicos descartáveis;
- Cânulas para perfusão, exceto as cânulas aramadas;
- Cateter de Balão Intra - aórtico;
- Cateter epidural;
- Cateter para embolectomia, tipo Fogarty;
- Cateter para oxigênio;
- Cateter para medida de débito por termodiluição;
- Cateteres para infusão venosa com lume único, duplo ou triplo;
- Cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
- Coletores de urina de drenagens, aberta ou fechada;
- Compressas cirúrgicas descartáveis;
- Conjuntos de tubos para uso em circulação extracorpórea;
- Dique de borracha para uso odontológico;

- Dispositivo para infusão vascular periférica ou aspiração venosa;
- Dispositivo linear ou circular, não desmontável, para sutura mecânica;
- Drenos em geral;
- Embalagens descartáveis para esterilização de qualquer natureza;
- Equipos descartáveis de qualquer natureza exceto as linhas de diálise, de irrigação e aspiração oftalmológicas;
- Equipos para bombas de infusão peristálticas e de seringas;
- Extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos;
- Filtros de linha para sangue arterial;
- Filtros endovasculares;
- Fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
- Hemoconcentradores;
- Injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
- Lâmina de Shaver com diâmetro interno menor que 3mm;
- Lâminas descartáveis de bisturi, exceto as de uso oftalmológico;
- Lancetas de hemoglicoteste;
- Luvas cirúrgicas;
- Luvas de procedimento;
- Óleos de silicone Oftalmológico e soluções viscoelásticas oftalmológicas;
- Oxigenador de bolhas;
- Oxigenador de membrana;
- Pinças e tesouras não desmontáveis de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistida laparoscópica;
- Sensor débito cardíaco;
- Seringas plásticas exceto de bomba injetora de contraste radiológico
- Sondas de aspiração;
- Sondas gástricas e nasogástricas, exceto as do tipo bouché;
- Sondas retais;
- Sondas uretrais e vesicais, exceto uso em urodinâmica;
- Sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia;
- Registro multivias de plástico, exceto os múltiplos, tipo manifold;
- Cúpula isoladas para transdutores de pressão sanguínea;
- Trocater não desmontável com válvula de qualquer diâmetro;
- Tubo de coleta de sangue.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem no Processamento de Artigos

- Verificar o adequado armazenamento de materiais estéreis, evitando misturá-los com outros objetos ou produtos, não danificar as embalagens, não os armazenar embaixo da pia e/ou locais úmidos;
- Evitar estocar material que não tem uso de rotina, exceto material de emergência;
- Verificar o prazo de validade dos materiais antes do uso, priorizando o uso dos que irão vencer primeiro;
- Verificar rotineiramente o prazo de validade dos materiais estéreis do carrinho de emergência;
- Verificar a integridade da embalagem do material estéril antes do uso (observar presença de sujidade, umidade, aberturas, etc.);
- Não utilizar material estéril que foi aberto, ou caírem no chão, considerar como contaminados, encaminhá-los para reesterilização (materiais descartáveis não são reesterilizados);
- Gazes estéreis que foram abertas não poderão ser reesterilizadas podendo ser reaproveitadas para desinfecção de ambiente;
- Materiais de uso ambulatorial, submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 24 horas (ex: kit de aerossol, kit de aspiração, umidificadores, máscara de O2);
- Materiais críticos submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 1 hora;
- Todo e qualquer material estéril é de uso único e deverão ser encaminhados ao expurgo imediatamente após o uso (ex: Kit de aerossol);
- Evitar contaminação dos materiais estéreis durante a abertura das embalagens, se contaminados deverão ser desprezados;
- Os materiais estéreis envoltos em campos cirúrgicos deverão ser abertos seguindo as seguintes recomendações:
    - Abrir o 1º campo momentos antes da realização dos procedimentos (técnico de enfermagem);
    - Abrir o 2º campo no momento da realização do procedimento com luva estéril (enfermeiro ou médico);
    - Evitar cruzamento do material estéril com material contaminado;
- Armazenar adequadamente o material estéril antes de deixar o contaminado no expurgo; evitar trânsito de material estéril pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** quando buscá-los na Sala de Esterilização.

- Encaminhar material usado, contaminado para reprocessamento na Sala de Esterilização o mais precocemente possível (o endurecimento das secreções dificulta a limpeza; evitar falta de material pronto para uso).

Em suma, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** entende que a Central de Materiais Esterilizados (CME) é uma unidade essencial, que tem como principal objetivo garantir a segurança e qualidade dos materiais e instrumentais utilizados nos procedimentos médicos.

Ressaltamos os pontos importantes sobre a importância da CME no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO):**

- Prevenção de infecções hospitalares: A esterilização adequada dos instrumentos médicos é fundamental para prevenir infecções hospitalares. A CME é responsável por garantir que os instrumentais sejam esterilizados e manuseados de acordo com os padrões de segurança e higiene.
- Garantia de qualidade dos materiais: Os materiais utilizados em procedimentos médicos devem ser mantidos em bom estado e higienizados adequadamente para evitar contaminação e deterioração. A CME é responsável por garantir a qualidade desses materiais, através da sua limpeza, esterilização e armazenamento adequado.
- Conformidade regulatória: A CME está sujeita a regulamentações rigorosas que regem a esterilização de materiais médicos, e é responsável por garantir que os padrões sejam atendidos.
- Redução de custos: A reutilização de materiais médicos esterilizados pode ajudar a reduzir os custos do hospital e, ao mesmo tempo, manter a qualidade e a segurança dos materiais utilizados.
- Aumento da eficiência: A CME é responsável por gerenciar os fluxos de materiais e instrumentais em todo o hospital, o que pode ajudar a aumentar a eficiência e a produtividade dos procedimentos médicos.
- Segurança do pessoal: A esterilização adequada dos instrumentos médicos é importante não apenas para garantir a segurança dos pacientes, mas também para a segurança dos funcionários que manipulam esses materiais.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** se engajará na gestão da CME, promovendo ações de capacitação de equipe, padronização de processos (criação de manuais e fluxogramas que detalham todas as etapas dos processos por tipo de esterilização),

monitoramento da qualidade e comunicação e integração com as demais áreas da unidade hospitalar, melhorando a coordenação dos fluxos de materiais e instrumentos médicos.

3.4.1. Implantação de Logística De Suprimentos

Os serviços hospitalares podem ser definidos como um conjunto de processos voltados para o restabelecimento e manutenção da saúde de pessoas enfermas. Analogamente a outras processos produtivos, as atividades de apoio representam parte considerável do custo global de um hospital. Devido a isto, a racionalização de recursos e otimização da eficiência da logística de suprimentos de um hospital é altamente relevante, principalmente no contexto brasileiro, onde o sistema de saúde público sofre de uma ineficiência administrativa crônica. Apesar das mazelas do sistema de saúde, uma maior conscientização do público tem gerado uma demanda crescente por serviços de qualidade, aliados a custos mais baixos. Este fato tem forçado o setor de saúde a procurar por novas técnicas e metodologias, que possam minimizar as complexidades inerentes à gestão hospitalar.

Operacionalmente, a logística diz respeito à administração dos recursos materiais, financeiros, pessoas e informações envolvidas nas atividades de uma organização.

Quando aplicada na administração de uma instituição de saúde, é uma ação que gerencia de maneira estratégica e racional as aquisições, movimentações e armazenamentos dos materiais médico-hospitalares.

Tudo deve acontecer de modo a possibilitar a proteção da vida e/ou recuperação da saúde dos pacientes com a melhor qualidade e atendimento, baixo custo e resultado positivo para a instituição.

A logística inclui, ainda, todo o conjunto de procedimentos de gestão institucional que possuem o objetivo de assegurar a eficiência, segurança, qualidade, rastreabilidade e o bom desempenho das tecnologias aplicadas na área da saúde.

De maneira geral, ela envolve cada parte da gestão hospitalar, desde o planejamento e entrada na instituição, ao descarte de algum material, com o objetivo de proteger e garantir a segurança de colaboradores, pacientes e do meio ambiente.

OS PONTOS PRINCIPAIS DA LOGÍSTICA

Como qualquer sistema de gestão e logística, os principais objetivos (quando em ambiente hospitalar) são: organizar, coordenar e planejar cada atividade da instituição de saúde. Tudo isso deve ser feito de forma a garantir a eficácia na organização de materiais

médico-hospitalares, dispensação de medicamentos, atendimento ao paciente, entre outros. Além de tudo que já foi citado, também faz parte da logística o acompanhamento e comunicação com fornecedores, fontes pagadoras, funcionários e pacientes. Podemos notar que a logística hospitalar se torna uma verdadeira "**teia**" de funções, pois tudo está conectado.

Vemos isso porque a gestão de leitos, materiais e medicamentos, são importantes para o bom atendimento para o faturamento e finanças da instituição.

O estoque correto evita que haja produtos a mais (o que faz com que grande parte deles fique inutilizada) ou a menos (o que geraria a falta de medicamentos ou qualquer tipo de material).

Deve-se estocar somente aquilo que será usado em determinado período! Uma das maiores perdas de estoque está relacionada à validade expirada.

Portanto, a logística deve se atentar tanto ao estoque quanto à quantidade de materiais (para que não falte nenhum) e também ao desperdício. Para isso é preciso observar com frequência detalhes como:

- ✓ Datas de validade;
- ✓ Lotes;
- ✓ Quantidade remanescente;
- ✓ Frequência de uso de todos os produtos.

O controle dos descartáveis é outro ponto que merece atenção rigorosa por serem materiais com prazos de vencimento mais curtos.

Os OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) são também materiais que exigem muito cuidado, pois possuem custos elevados e suas perdas costumam ser motivos de glosa por parte das operadoras.

FLUXOS DE MOVIMENTAÇÃO DENTRO DO AMBIENTE HOSPITALAR

O fluxo de movimentação é um ponto que passa despercebido dentro das empresas, principalmente em hospitais. Entretanto, esse fluxo, seja de materiais ou de funcionários e pacientes, é mais um ponto que deve ser observado dentro da logística hospitalar. Poucas pessoas têm conhecimento das perdas que ocorrem nas movimentações dentro de uma unidade hospitalar. Além disso, atualmente, os hospitais realizam tratamentos mais complexos que precisam de novas tecnologias, o que no fim das contas gera custos enormes.

Por isso, os processos complementares precisam estar alinhados de modo que a organização facilite o fluxo dentro do hospital.

BENEFÍCIOS DA LOGÍSTICA HOSPITALAR EFICIENTE

Sabemos que o principal objetivo de uma organização de saúde é oferecer um atendimento eficiente aos pacientes. Entretanto, muitas vezes, uma logística e gestão incorretas podem impedir que esse objetivo seja executado.

O processo de logística hospitalar é uma teia, ou seja, para que o objetivo seja alcançado, a gestão e a logística devem funcionar em conjunto. Isso traz um impacto positivo para o equilíbrio financeiro da instituição e para a segurança à saúde dos pacientes.

Com as novas tendências tecnológicas na saúde, tudo tende a ser realizado de maneira mais tranquila, através da automatização. Um software ou as ferramentas de gestão tendem a trazer mais segurança que significam mais vantagens para a instituição

Além disso, é bom ressaltar a importância de investir numa equipe de gestão capacitada e bem treinada. Não adianta possuir os melhores e mais modernos softwares se os profissionais não estão preparados para utilizá-los.

DESAFIOS COMUNS

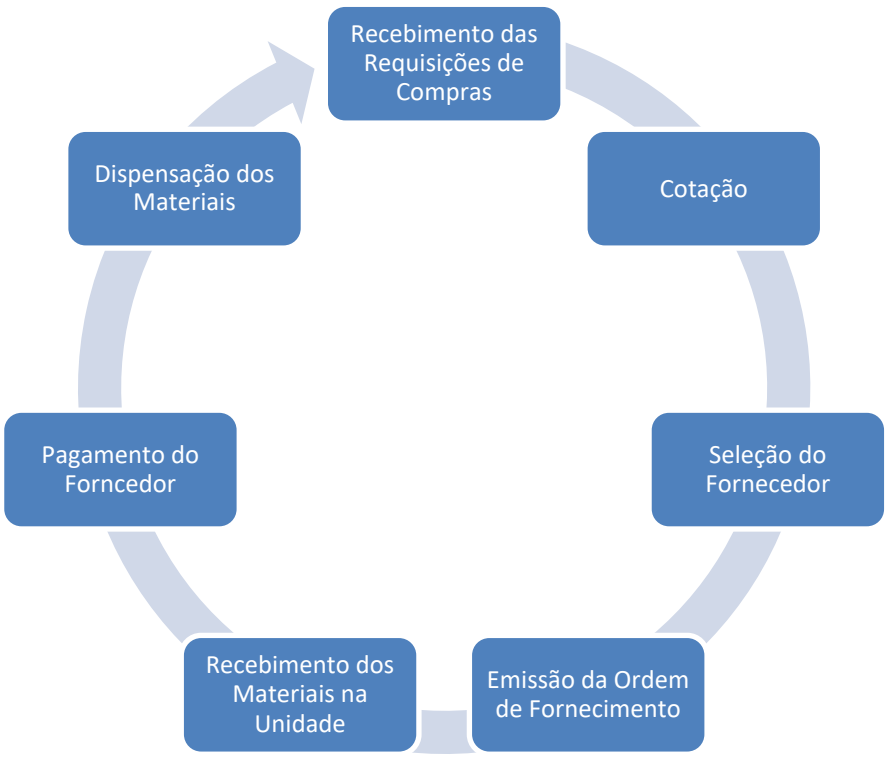
Assim como em outras áreas, é impossível falar de logística sem mencionar seus desafios. Pensando no âmbito hospitalar público, podemos citar, por exemplo, a dificuldade relativa aos processos burocráticos de compra, entrega e reposição de produtos, bem como o gerenciamento dos estoques.

Isso porque, durante a rotina institucional, parece árduo controlar as demandas/consumo de cada unidade de saúde, se preocupando em não comprar demais e perder produtos por conta da data de validade.

Já no setor privado, dependendo do ambiente de trabalho, a cultura organizacional pode ser um empecilho na hora de enxergar os benefícios da terceirização.

Na implantação de uma logística dos suprimentos para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** o **Instituto Saúde e**

Cidadania – ISAC gerenciará a logística com etapas que prosperam até o uso dos suprimentos para o paciente via profissional de saúde.



O Processo de Compra adotado pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** para aquisição de materiais para as unidades geridas por ele, como o, possui a Fase Interna e Fase Externa.

A fase interna do processo de compras inicia-se com o recebimento pela Coordenação Administrativa das requisições de compras originadas dos departamentos de dispensação, como por exemplo o almoxarifado do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO)**.

Após a Coordenação Administrativa receber as requisições de compras, repassa ao Departamento de Compras do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, que faz o processo de cotação junto à fornecedores, e após a cotação e a escolha do fornecedor, requer à Direção Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** autorização de compra, que em caso de autorização é emitida ordem de fornecimento ao fornecedor escolhido.

Todos os atos do Processo de Compras podem ser realizados de forma eletrônica, por meio de e-mail e plataformas eletrônicas de compras, gerando ao processo uma grande transparência e facilidade de acesso aos órgãos de controle interno e externo.

Quando do recebimento dos materiais pelo almoxarifado do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO – HERSO,** eles serão conferidos com a Nota Fiscal das mercadorias e o pedido gerado, e lançado a entrada de material no sistema de gestão, sensibilizando tanto o módulo estoque, quanto o módulo financeiro de contas a pagar.

Após a conferência da mercadoria, esta é armazenada conforme padrões de gestão de materiais, já abordado neste Projeto Técnico.

A customização do ciclo de compras à realidade do setor público contempla não só o procedimento licitatório, mas também fases da despesa (empenho – liquidação – pagamento), podendo ser assim representado:

Definição dos produtos e quantidades para aquisição

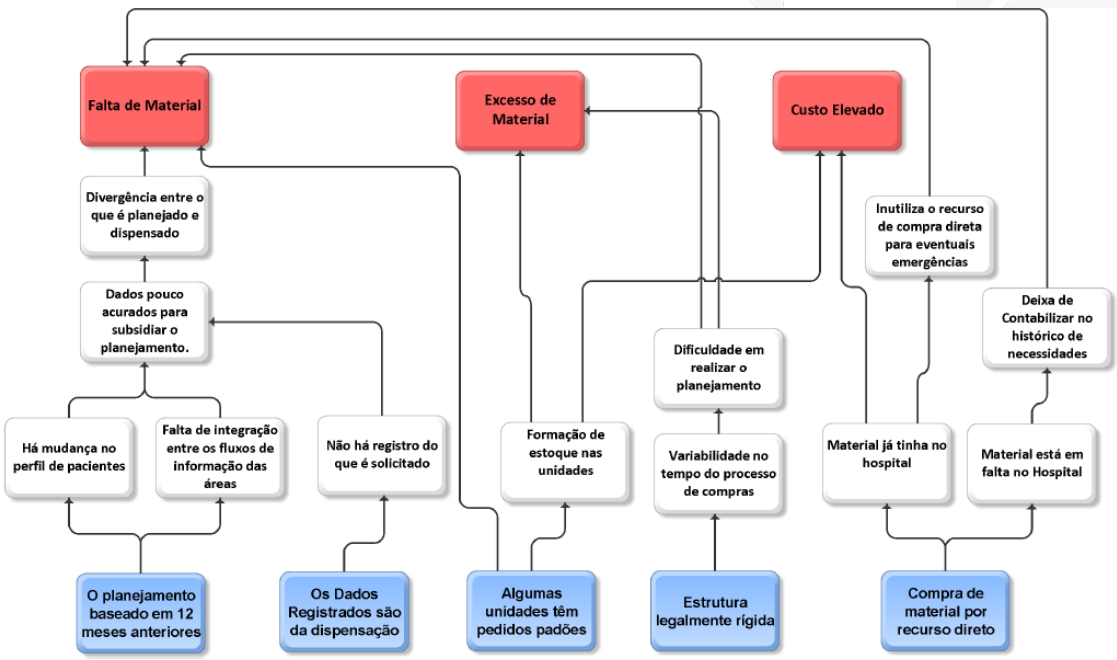
O **Sistema de Gestão** a ser implantado no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e, por conseguinte, o seu Módulo **de Controle de Estoque do Almoxarifado** é integrado ao **Sistema On-line de Cotação e Compra de Materiais** a ser adotado, no qual explanaremos a seguir.

O Coordenador Administrativo em conjunto com a Supervisão de Hotelaria, Supervisão de TI, Supervisão da Recepção, Engenharia Clínica e Comissões Técnicas definem quais materiais e seus quantitativos mínimos do estoque regulador da unidade, no qual, entrará para formação da curva ABC de consumo, a ser gerada pelo sistema.

Conforme já explanado, será registrado no sistema toda movimentação relativa aos produtos a serem dispensados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** pelo Almoxarifado, iniciando-se com a requisição pelo setor competente até a efetiva utilização dos materiais na unidade. Desta forma, cada movimentação registrada de dispensa pelo Almoxarifado automaticamente já sensibiliza o estoque do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO)**.

Assim, o cruzamento das informações de dispensa, aliada à alimentação do sistema com as informações de compra dos materiais, com inserção do nome do fornecedor, lote, data de vencimento e valor da compra, há uma rastreabilidade total dos processos e materiais.

Por meio deste cruzamento das informações geradas pelo Almoxarifado, a inteligência Artificial do Sistema de Gestão gera a curva ABC de consumo, prevendo os perfis das movimentações e sazonalidades de consumos, racionalizando a compra e o estoque do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** reduzindo assim os erros de compras e excessos de estoques sem necessidade, diminuindo custo com estes materiais.



Com este relatório de demanda de reabastecimento, com base da curva ABC de consumo, sendo gerado no momento de crítica do estoque, a Coordenação Administrativa encaminhará demanda para compra para o Setor Central de Compras do **ISAC – Instituto Saúde e Cidadania**, no qual ficará responsável pela inserção do pedido no **Sistema On-line de Cotação e Compra** a ser implantado no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO)**.

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ON-LINE DE COTAÇÃO E COMPRA DE MATERIAIS

O **ISAC – Instituto Saúde e Cidadania** irá implantar no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** imediatamente após início da parceria, um sistema on-line de cotação e compra de materiais para suprir a demanda do Almoxarifado, no qual será operacionalizado pelo Setor Central de Compras do **ISAC – Instituto Saúde e Cidadania**, conforme demanda e solicitação da Coordenação Administrativa do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO)**.

O referido sistema é totalmente *cloud*, ou seja, nas nuvens, em ambiente WEB, bem como, integrado ao sistema de gestão a ser utilizado no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** visando primeiramente, diminuição de custo de aquisição de materiais, em virtude do modelo de plataforma de pregão eletrônico utilizado pelo sistema.

Com a adoção desde modelo de compra e cotação, por meio de plataforma de pregão eletrônica, serviço este oferecido por meio de diversas empresas especializadas no Brasil, e com estudos que demonstram uma economia direta em torno de 30% (trinta por cento) em relação ao modelo tradicional de compra e cotação.

Esta economia é possível em virtude do grande *pull* de fornecedores distribuídos nas diversas regiões do Brasil, atingindo as cotações um maior número de pretensos fornecedores, aumentando a concorrência e, por conseguinte, a redução de preço dos produtos a serem adquiridos.

Em face do ambiente virtual e em tempo real que sistema oferece, há a uma melhor rastreabilidade dos processos internos, desde a inserção por parte do **ISAC – Instituto Saúde e Cidadania** da relação dos produtos e quantitativos até a entrega das mercadorias, passando pela conferência de documentações legais dos fornecedores e lista de preços ofertados.

Desta forma, a auditoria de compra de materiais fica mais transparente e fácil, podendo ser acessada pelos órgãos de controle externo e interno do Contrato de Gestão de qualquer lugar e em tempo real, desmitificando todo processo de fornecimento.

CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES

O cadastramento de um fornecedor e/ou prestador de serviço é de suma importânvcia para que tenhamos um processo licitatório/compras de maneira eficaz, austera e

transparente. Ele ocorrerá tão somente após a verificação de todos os documentos legais e diplomas técnicos relacionados abaixo:

- ✓ Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) – obrigatório;
- ✓ Inscrição Estadual;
- ✓ Contrato social com as alterações ou Estatuto (se houver);
- ✓ Alvará de funcionamento – obrigatória;
- ✓ Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária (renovação anual) – obrigatória;
- ✓ Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal (renovação anual) – obrigatória.

FORNECEDORES DE MEDICAMENTOS, INSUMOS FARMACÊUTICOS E CORRELATOS

Para o fornecimento deste grupo de insumos se faz necessário os seguintes documentos:

- ✓ Cópia autenticada do registro da empresa no Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União – obrigatória para fabricante;
- ✓ Certificado de Responsabilidade Técnica do responsável técnico da empresa emitido pelo Conselho Regional de Classe – obrigatório para fabricante;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação por Área de Produção e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – desejável para fabricante;
- ✓ Cópia autenticada da autorização especial para comercialização de medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatória para fabricante e distribuidor.

FORNECEDORES DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

Documentos complementares que se fazem necessários para o fornecimento de equipamentos:

- ✓ Cópia da certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-45. Os certificados devem ser emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros) – obrigatória para fabricante e distribuidor;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação expedido pela ANVISA (renovação anual), para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV – obrigatório para fabricante.

Disposições Gerais

Todos os documentos deverão ser encaminhados via correio, e-mail ou entregues diretamente ao Setor de Compras a ser implantada na gestão do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO atualizados e dentro do prazo de validade, juntamente com a Ficha de Cadastro que deve ser solicitada junto ao setor de compras.

Tal procedimento visa qualificar os fornecedores com relacionamento comercial direto com o serviço, isto é, para aqueles que não possuem cadastro homologado na Central de Compras Instituto Saúde e Cidadania – ISAC. Os demais deverão se cadastrar na Central de Compras.

Além das observações acima citadas, segue abaixo outras orientações para o cadastramento:

No caso de fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde, é necessária uma cópia do documento de isenção;

Em casos de registros provisórios, é preciso documento que comprove a renovação de registro quando expirar a data, ou a apresentação do registro definitivo;

Todos os documentos ficarão arquivados no Setor de compras, pelo período máximo de 01 ano.

O serviço dará preferência àqueles fornecedores que possuírem o Certificado de Boas Práticas de Fabricação.

HOMOLOGAÇÃO DO FORNECEDOR E/OU PRESTADOR DE SERVIÇO

O fornecedor e/ou prestador de serviço, estará devidamente cadastrado e qualificado tão somente após apresentar todos os documentos ora já citados no capítulo anterior, bem como preencher e entregar a "Ficha de Cadastramento". Este formulário será fornecido pelo Setor de

Compras do serviço quando o relacionamento comercial for de trato direto com o setor citado.

Para fins de informação da qualificação e credenciamento de qualquer fornecedor, o Setor de Compras a ser implantada na gestão do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO irá solicitar a confirmação da Central de Compras via e- mail.

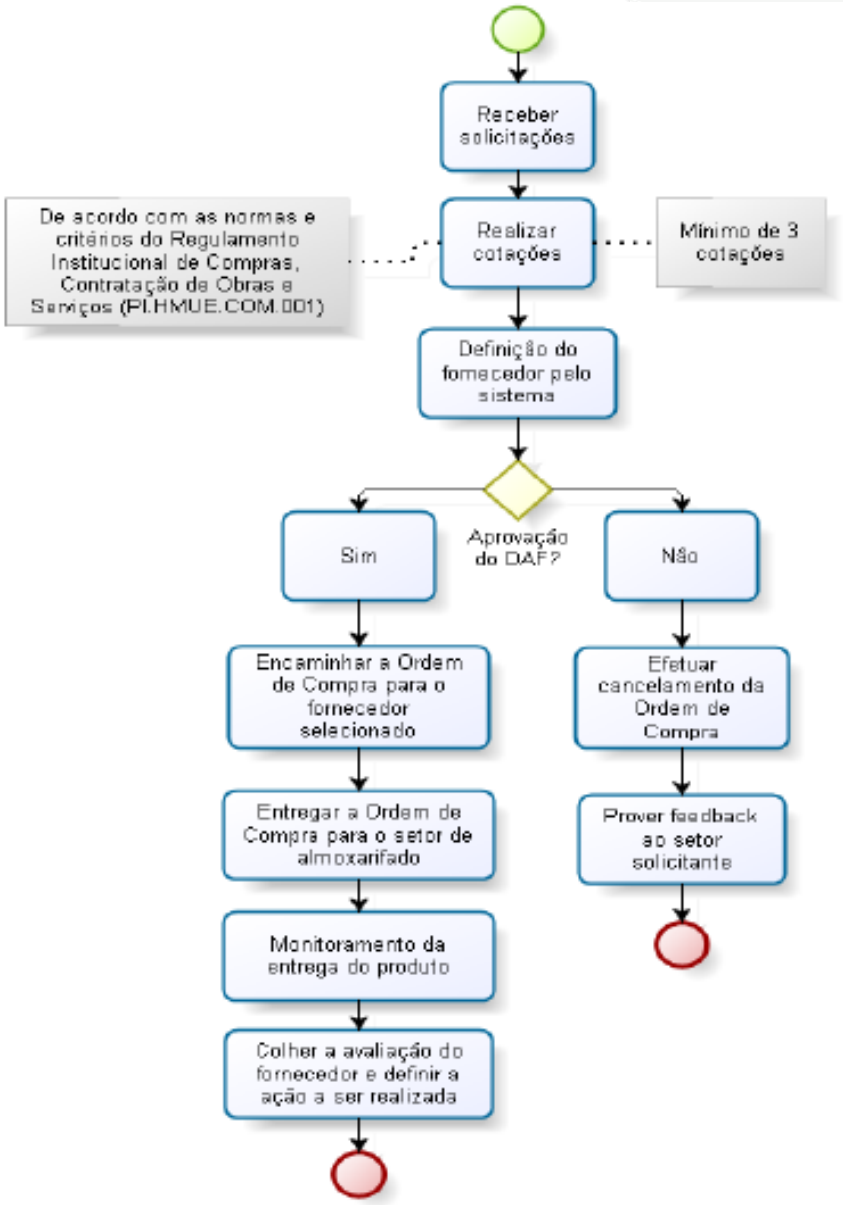
Para ser considerado homologado o fornecedor deverá:

- ✓ Estar com toda documentação completa e atualizada, de acordo com o objeto a ser fornecido;
- ✓ Receber parecer favorável junto a visita técnica (aplicável conforme o caso). Para as visitas técnicas será gerado um relatório em formulário específico, chamado Relatório de Visita Técnica onde será formalizado o parecer e assinado pelos responsáveis na execução da atividade, sendo que tal documento será arquivado na pasta do fornecedor.
- ✓ No caso de prestadores de serviço (que atuam dentro do serviço ou em unidades externas), estes deverão atingir o mínimo de 70% de conformidade, na auditoria realizada com base no RAG (Requisitos de Apoio a Gestão) da Instituto Saúde e Cidadania – ISAC. Tal roteiro será disponibilizado ao prestador no momento da auditoria.
- ✓ Os fornecedores não aprovados poderão passar por um novo processo de qualificação, desde que demonstrem as alterações e correções necessárias nos documentos não aceitos na avaliação anterior.

CUMPRIMENTO DAS NORMAS E PORTARIAS DA ANVISA

Os fornecedores deverão respeitar as diretrizes estabelecidas pela ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos, soluções parenterais, insumos farmacêuticos, equipamentos médico-hospitalares, materiais de uso hospitalar e alimentos.

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO FLUXO DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS



RECEBIMENTO DE MERCADORIA

Os produtos somente serão recebidos se acompanhados da nota fiscal, a qual deve ser entregue em no mínimo duas vias, corretamente preenchida e sem rasuras. Caso haja alguma não conformidade, o fornecedor deverá providenciar uma carta de correção da nota fiscal em até 24 horas após a notificação da não conformidade.

A nota fiscal numerada deve conter obrigatoriamente: Razão social em nome da Pró Saúde, Endereço, CNPJ, Inscrição Estadual, número do pedido, data da emissão e data da entrega, descrição dos produtos, lote, data de validade, valor unitário e total dos produtos, valor total da nota e valor dos Impostos (ICMS, IPI), data vencimento da nota, boleto bancário ou

dados bancários para depósito em conta.

A quantidade, valor unitário e total deve estar em conformidade com a quantidade, valor unitário e total indicada na nota fiscal e no pedido de compra e/ou contrato.

Os produtos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos no pedido de compra ou acordo de fornecimento.

O não cumprimento dessas normas irá gerar uma notificação de não conformidade ao fornecedor e será avaliado dentro dos critérios de pontuação das entregas.

A listagem de material e medicamentos utilizados no hospital encontra-se no Anexo I deste projeto.

ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS NAS FARMÁCIAS

Produtos que não necessitam de armazenamento especial:

- ✓ Verificar os itens a serem repostos;
- ✓ Colocar nas gavetas ou bins os itens de reposição;
- ✓ Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
- ✓ Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
- ✓ Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Multidoses:

- ✓ Verificar os itens a serem repostos;
- ✓ Afixar etiqueta de validade no frasco/tubo do produto;
- ✓ Devolver cada frasco/tubo para sua caixa de origem;
- ✓ Colocar nas gavetas ou bins os itens de reposição;
- ✓ Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
- ✓ Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
- ✓ Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Medicamentos termolábeis:

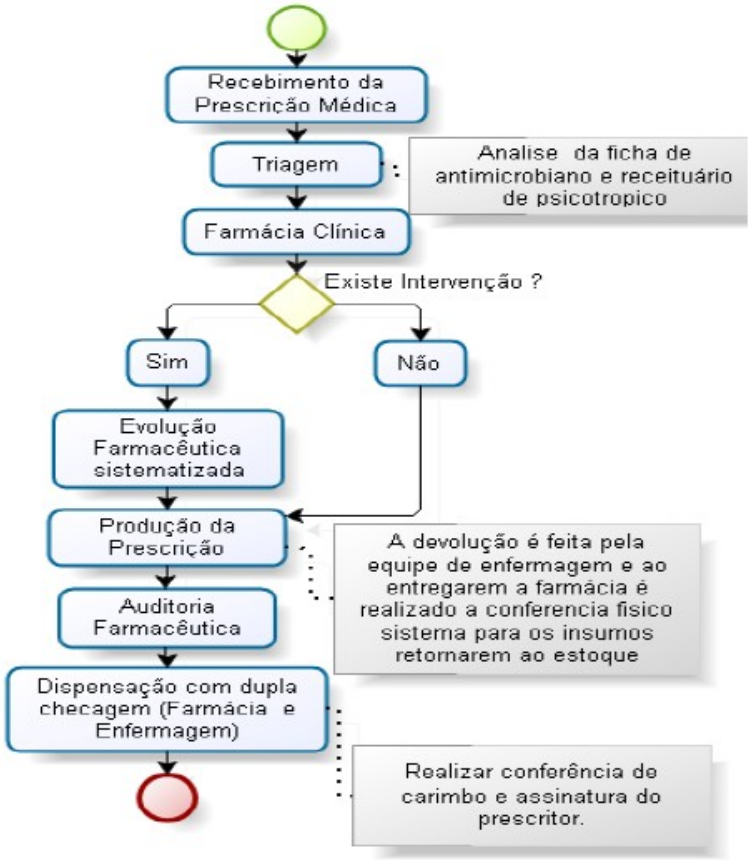
- ✓ Verificar os itens a serem repostos;
- ✓ Etiquetar medicamentos com etiqueta padronizada azul de MED.

GELADEIRA;

- ✓ Colocar na prateleira central da geladeira de armazenamento exclusivo de medicamentos;
- ✓ Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
- ✓ Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Medicamentos sujeitos a controles especiais:

- ✓ Verificar os itens a serem repostos;
- ✓ Etiquetar medicamentos com etiqueta preta padronizada de MED. PORTARIA 344.
- ✓ Colocar nos bins do armário com chaves os itens de reposição;
- ✓ Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
- ✓ Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
- ✓ Fechar o armário;
- ✓ Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.



Fluxo Farmácia

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

PROPOSTAS PARA ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** apresenta como proposta de organização das atividades no que diz respeito à implantação da gestão no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** sugerindo os modelos e formatos a serem adotados como **Regimento Interno do Hospital**, **Regimento Interno de Enfermagem** e **Regimento Interno do Corpo Clínico**.

Os documentos serão revistos minunciosamente e aperfeiçoados frente à dinâmica hospitalar e implantados quando do início da gestão.

3.5. Apresentação de Organograma da Unidade com Definição das Competências de Cada Membro

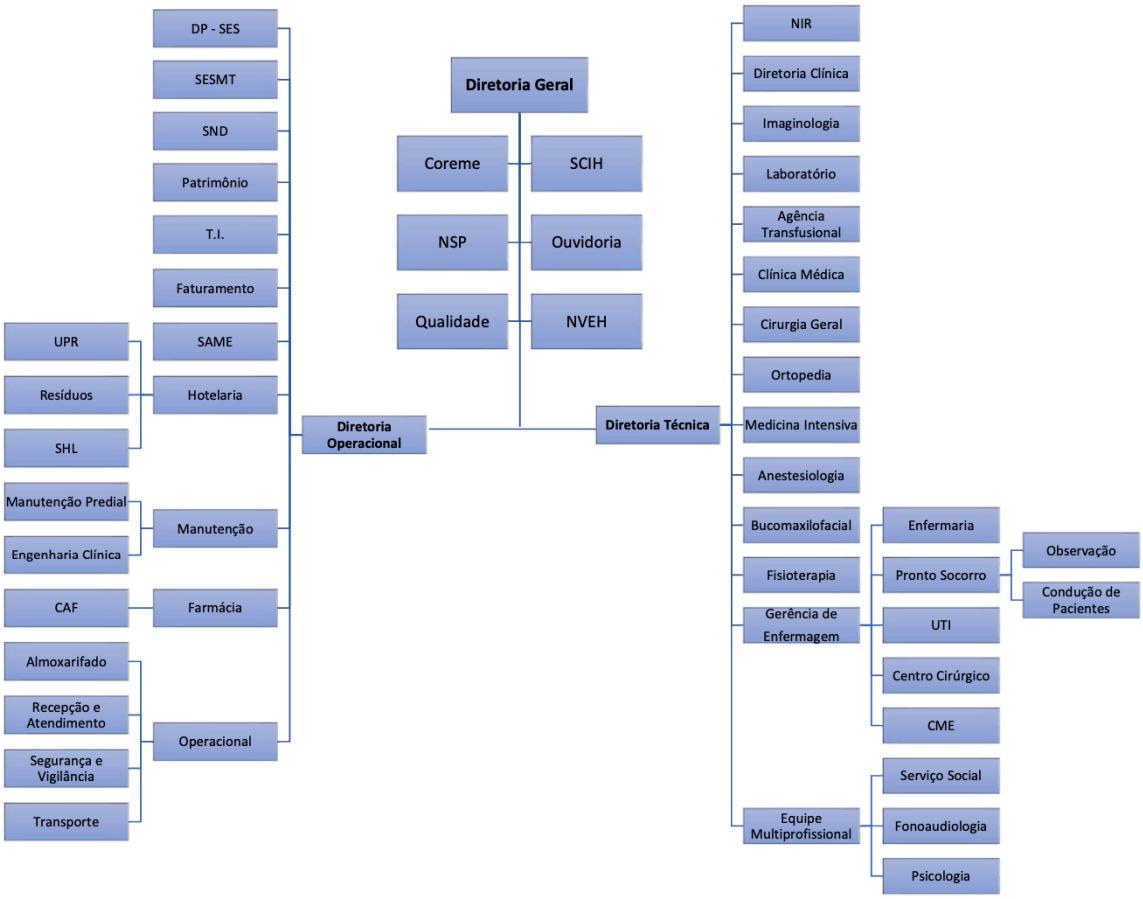
O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC,** em face da presente Proposta Técnica para gestão e operacionalização dos serviços e estrutura do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** apresenta o modelo da estrutura organizacional que irá implantar na gestão do serviço da unidade hospitalar em referência.

A **Estrutura Organizacional** a ser implantada e implementada no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, em caso de se sagrar vencedor deste Chamamento Público, foi desenvolvida para estrutura da unidade tomando como base a metodologia de gestão, especificamente a gestão de pessoal, ora adotada por nós, que é fundamentada na Metodologia LEAN voltada à serviços de saúde.

Como já narrado anteriormente no decorrer desta Proposta Técnica, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** baseou todos os métodos e processos de gestão na Metodologia LEAN, no qual preza por processos enxutos e operacionais, visando a maximização da qualidade e redução de custos operacionais, bem como, a revisão constante dos processos, a fim de cada vez mais melhorá-los e adequá-los as variações do mercado e as modernizações dos serviços.

Neste diapasão apresentamos abaixo uma minuta da estrutura organizacional a ser implementada no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

MODELO DE ORGANOGRAMA PROPOSTO



Cargo: DIRETOR GERAL

Descrição Sumária: O diretor Geral é responsável pelos resultados dos serviços oferecidos aos usuários, constituídas pelas Áreas e Setores que compõem a Estrutura Organizacional do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** abrangendo a Diretoria Técnica, Diretoria Assistencial, Diretoria Administrativa-Financeira e Diretoria de Atividade Operacional.

Atribuições Específicas:

- Planejar, organizar, dirigir, controlar e executar as atividades de forma sistêmica, para que se tenha a racionalização na realização das tarefas;
- Elaborar os Objetivos Funcionais necessários ao cumprimento dos Desafios traçados de acordo com os Propósitos, delineados pela Presidência;
- Estabelecer as Diretrizes, propondo Metas quantificadas, qualificadas e pacificadas, no sentido de fazer cumprir as deliberações na Administração;
- Elaborar normas, definindo procedimentos, rotinas e pontos de controles, que nortearão as ações necessárias ao alcance dos resultados almejados;
- Fazer cumprir as normas, diretrizes e orientações gerais apresentadas;
- Estudar, analisar, propor e implantar medidas que visem simplificar e otimizar atividades, tarefas, métodos e processos de trabalho;
- Propor ajustamento, transparência, extinção ou criação de atividades, sempre que for necessário;
- Analisar, avaliar e relatar formal e informalmente as atividades desenvolvidas;
- Manter as Superintendências bem informadas, obtendo com elas os parâmetros para as tomadas de decisões;
- Acompanhar a execução dos trabalhos, comparando e analisando os resultados, solucionando as distorções e verificando a qualidade dos mesmos, objetivando maior eficiência no desenvolvimento dos serviços, dentro dos processos e prazos estabelecidos.

Grau de Instrução: Ensino Superior Completo em administração, direito, ou áreas afins com Especialização em Gestão Hospitalar.

Tempo de Experiência Exigida para o cargo: Experiência mínima de 5 (cinco) anos.

Conpetências do Cargo:

- Liderança;
- Comunicação Assertiva;
- Proatividade;
- Resolutividade;
- Visão Analítica e Gestão Estratégica;
- Trabalho em Equipe.

Cargo: DIRETOR TÉCNICO

Descrição Sumária: A Diretoria Técnica é responsável pela prestação de Assistência Médica no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** respondendo no âmbito de suas respectivas atribuições, perante o Conselho Regional e Federal de Medicina, Autoridades de Saúde, Judiciais e Vigilância Sanitária, conforme determinado no art. 1° da RESOLUÇÃO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA N° 1342/91.

Atribuições Específicas:

- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício dos pacientes da instituição, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;
- Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar na pasta do médico perante o setor responsável;
- Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, nos termos da Resolução CFM nº 2.056/2013;
- Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;
- Nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envidar esforços para assegurar a correção do repasse dos honorários e do pagamento de salários, comprovando documentalmente as providências tomadas junto das instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;
- Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;
- Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de qualquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;
- Cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;
- Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;
- Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM nº 1.974/ 2011, ou aquela que a suceder;
- Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição;

- Assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na instituição estejam regularmente inscritas no CRM;
- Assegurar que os convênios na área de ensino sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos;
- Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina;
- Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário;
- Organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determina as Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 2.056/2013 ou legislação superveniente;
- Exigir dos médicos plantonistas, quando chamados a atender pacientes na instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções.

Grau de Instrução: Ensino Superior Completo na área de medicina e Registro Ativo no CRM/PA e experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde.

Tempo de Experiência Exigida para o Cargo: Experiência mínima de 5 (cinco) anos.

Competências do Cargo:

- Liderança;
- Comunicação Assertiva;
- Proatividade, Resolutividade;
- Visão Analítica e Gestão Estratégica.

Cargo: DIRETOR OPERACIONAL

Descrição Sumária: A Diretoria Assistencial do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** compete colaborar coma Diretoria Técnica no desempenho das atribuições que lhe são próprias e particular da padronização das normas técnicas e administrativas do hospital sob a coordenação do diretor geral.

Atribuições Específicas:

- Implantar as diretrizes do modelo assistencial definido para o Hospital;
- Coordenar o planejamento, a organização e administração dos serviços assistenciais;
- Coordenar a implantação das ações de atenção integral à saúde, com foco na organização de linhas de cuidado;
- Gerenciar a implantação das diretrizes da política de humanização do cuidado em saúde;
- Estabelecer metas quantitativas e qualitativas dos serviços assistenciais e de gestão da atenção à 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 em vigor, referentes ao funcionamento dos serviços de saúde e implantação das políticas de saúde;
- Coordenar a elaboração e a implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;
- Coordenar a implantação e implementação das ações de vigilância em saúde no âmbito hospitalar;
- Coordenar a implantação e implementação das ações de regulação e avaliação da atenção à saúde;
- Gerenciar o fluxo de atendimento e dos mecanismos de referência e contrarreferência entre o hospital e os serviços da rede de atenção à saúde;
- Coordenar a incorporação e/ou renovação de tecnologias do cuidado em saúde, em consonância com as políticas de saúde, respeitado o caráter de ensino e pesquisa;
- Fornecer à Diretoria Geral informações sobre o cuidado assistencial e a gestão da atenção à saúde;
- Articular com a Gerência de Ensino e Pesquisa a integração dos processos de gestão, assistência, ensino e pesquisa;
- Coordenar a implantação de ações assistenciais relacionadas a projetos estratégicos e às situações coletivas de perigo iminente, desastres, calamidades públicas e catástrofes; e
- Gerenciar o contrato com a gestão do SUS, monitorando as responsabilidades e metas da assistência à saúde.

Grau de Instrução: Formação superior completa na área da saúde. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, Sistema Único de Saúde (SUS) e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde.

Tempo de Experiência Exigida para o Cargo: Experiência mínima de 5 (cinco) anos.

Competências do Cargo:

- Liderança;
- Comunicação Assertiva;
- Proatividade, Resolutividade;
- Visão Analítica e Gestão Estratégica.
- Mediação de conflitos;
- Processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças.

Cargo: GESTOR ADMINISTRATIVO-FINANCEIRO

Descrição Sumária: A Diretoria Administrativa Financeira do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é responsável por todo o planejamento, organização, coordenação e supervisão das atividades administrativas,

burocráticas e financeiras do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO .**

Atribuições Especificas da Função:

- Planejar e administrar recursos humanos no âmbito administrativo;
- Orientar e supervisionar o desenvolvimento das atividades no hospital, em conformidade com as diretrizes do SUS e das Políticas Públicas de Saúde vigentes;
- Monitorar metas da assistência à saúde, por meio de instrumentos padronizados, para atingimento de produtividade e qualidade da assistência, conforme as diretrizes da ga gestão pública;
- Desenvolver atividade relativa à área de responsabilidade solicitadas pela gestão imediata;
- Avaliação e monitoramento mensal dos dados de produção da Unidade (quantitativos e qualitativos);
- Participar das discussões e levantamento das necessidades de RH, estruturais e equipamentos;
- Acompanhar das metas do Contrato de Gestão propondo ações de melhorias quando necessário;
- Orientar a equipe interdisciplinar do hospital sobre a relevância dos protocolos, políticas, POP´s e manuais vigentes na instituição;
- Realizar em conjunto com a gerência responsável e diretoria, o planejamento anual da qualidade, contemplando treinamentos institucionais, ações internas de promoção da qualidade, eventos do setor e auditorias internas;
- Participar e apoiar as atividades de comitês/comissões de gestão do hospital.
- Planejamento financeiro e elaboração do orçamento anual do hospital, estabelecendo metas e objetivos financeiros de curto e longo prazo, e monitoramento constante do desempenho financeiro da instituição;
- Realizar gestão dos recursos financeiros do hospital, incluindo o controle de custos, a gestão de contas a pagar e a receber, a análise de fluxo de caixa e a gestão de investimentos;
- Realizar a produção de relatórios e demonstrativos financeiros periódicos para a diretoria e demais stakeholders, apresentando informações sobre a situação financeira da instituição;
- Atuar em compliance e auditoria, assegurando que as práticas financeiras estejam em conformidade com as leis e regulamentações do setor de saúde, bem como gerenciar auditorias internas e externas;

- Realizar orientação estratégica à diretoria e à equipe de gestão, a fim de auxiliar na tomada de decisões relacionadas à expansão do hospital, aquisição de equipamentos médicos, contratação de profissionais e outros investimentos relevantes.

Grau de Instrução: Ensino Superior Completo em Administração, Economia, Ciências Contábeis ou áreas afins e experiência profissional na área administrativa e financeira, preferencialmente em empresas ou instituições de saúde.

Tempo de Experiência Exigida no Cargo: Experiência mínima de 3 (três anos) em cargo de gerência e/ou coordenação na área administrativa e financeira no âmbito da saúde.

Competências do Cargo:

- Liderança;
- Comunicação Assertiva;
- Proatividade;
- Resolutividade;
- Visão Analítica; e
- Trabalho em Equipe.

Cargo: GESTOR ATIVIDADES OPERACIONAIS

Descrição Sumária: A Diretoria de Atividades Operacionais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é responsável pela gestão dos processos operacionais e logísticos do hospital.

Atribuições Especificas da Função:

- Planejamento e execução de estratégias, desenvolvendo e implementando as ações operacionais para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados pela instituição de saúde.
- Liderança e gestão de equipes, traçando meios para o desenvolvimento de colaboradores de diferentes áreas de apoio operacional.
- Orientar e supervisionar o desenvolvimento das atividades no que tange aos processos operacionais, incluindo a gestão de suprimentos e estoques, a coordenação de fluxos de pacientes, a implementação de práticas de segurança do paciente, e o desenvolvimento de protocolos e políticas para a otimização dos processos internos.
- Monitorar o controle do orçamento do hospital junto à área de Administração-Financeira, garantindo que as despesas sejam gerenciadas de forma eficiente e dentro das diretrizes orçamentárias estabelecidas pela instituição;
- Acompanhamento e implementação de novas tecnologias e soluções inovadoras para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados pela instituição;
- Participar das discussões e levantamento das necessidades estruturais e equipamentos;

- Acompanhar das metas do Contrato de Gestão e Contratos de Terceiros, propondo ações de melhorias quando necessário;
- Participar e apoiar as atividades de comitês/comissões de gestão do hospital.
- Realizar orientação estratégica à diretoria e à equipe de gestão, a fim de auxiliar na tomada de decisões relacionadas à expansão do hospital, aquisição de equipamentos médicos, contratação de profissionais e outros investimentos relevantes.

Grau de Instrução: Ensino Superior Completo em Administração, Gestão Hospitalar, Engenharia, Enfermagem ou áreas afins e experiência profissional na área administrativa-operacional, preferencialmente em empresas ou instituições de saúde.

Tempo de Experiência Exigida no Cargo: Experiência mínima de 3 (três anos) em cargo de gerência e/ou coordenação na área administrativa e financeira no âmbito da saúde.

Competências do Cargo:

- Liderança;
- Comunicação Assertiva;
- Proatividade;
- Resolutividade;
- Visão Analítica; e
- Trabalho em Equipe.

3.6. Regimento Interno do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** aplicará no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** como basilar instrumento de gestão para o ideal funcionamento da unidade o **Regulamento Interno do HERSO**, conforme modelo proposto abaixo, orientado pelas normativas elaboradas pela Equipe Técnica de Gestão Institucional do **ISAC**, em consonância com a legislação brasileira vigente e em estrita observância aos princípios éticos e morais. O Regulamento servirá como bússola na organização estrutural da unidade e na execução das atividades profissionais alinhadas aos valores da instituição.

Apresentamos o Regimento como ato normativo para reger e dirigir, instrumento mais flexível, a ser aprovado pela direção geral, que apresenta quais são os objetivos, a política de funcionamento, o estabelecimento das estruturas e das atribuições gerais, do coletivo de trabalhadores, das rotinas e roteiros, reunindo o conjunto de informações que define direitos e deveres da organização e daqueles que a compõe.

Cabe ressaltar que, ao iniciar a gestão do **HERSO**, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** irá compor o **Regimento Interno** promovendo a padronização dos processos e procedimentos, garantindo que todos os setores do hospital estejam alinhados em relação às práticas e políticas adotadas, dando legitimidade aos processos e decisões tomadas.

MINUTA DE REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL

CAPÍTULO I - DA CONSTITUIÇÃO E DAS FINALIDADES

Art. 1° – O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** hospital geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e emergência e serviço de apoio à diagnose e terapia, componente da Rede de Atenção à Saúde da **Secretaria de Estado de Saúde Pública - SES-GO**, localizado Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta Radial. CEP: 74.820-300, tem por finalidades:

I. Ser uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em média e alta complexidade em Assistência Hospitalar Clínica e Cirúrgica 24 horas, Urgência e Emergência, Ambulatório Especializado, Internação e SADT, porta aberta e regulados pelo Sistema Estadual de Regulação - SER/SES-GO, assegure assistência universal e gratuita à população do Estado de Goiás – GO.
II. Ser um hospital estadual do SUS fornecendo serviços de saúde de alta qualidade para a população, oferecendo atendimento médico e cirúrgico, tratamento de doenças agudas e crônicas, reabilitação e outros serviços relacionados à saúde.
III. Atender à demanda de todos os municípios que compõem o Estado, bem como todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que necessitam de atendimento na unidade hospitalar;
IV. Promover ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.
V. Ter função, enquanto integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS) coordenando e articulando as ações e serviços de saúde, visando garantir a integralidade e a continuidade do cuidado ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).
VI. Constituir-se, além da assistência, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde.
VII. Promover a participação da comunidade na gestão e avaliação dos serviços de saúde, de modo a garantir a efetividade da rede de atenção à saúde.

CAPÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2° – O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tem a seguinte estrutura:

I. DIRETORIA GERAL
II. DIRETORIA TÉCNICA
III. DIRETORIA OPERACIONAL
IV. GESTOR ADMINISTRATIVO FINANCEIRA
V. GESTOR DE ATIVIDADE OPERACIONAL

Art. 3° – A Diretoria Geral é o órgão executivo de direção superior do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** com função normativa e deliberada e será exercida, em comissão, por médico de reconhecida capacidade administrativa, obrigatoriamente com curso de Administração Hospitalar, indicado pelo Presidente do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**.

§1° – A Diretoria Geral contará com as seguintes Assessorias: Secretaria, Assessoria de Planejamento, Assessoria Jurídica, Unidade de Controle Interno, Comissões Permanentes e Temporárias.

§2° – A Secretaria, Assessoria de Planejamento, Assessoria Jurídica, Unidade de Controle Interno serão indicadas e nomeadas pelo Diretor Geral, ou poderão ser exercidas por Pessoas Jurídicas, mediante contratação.

§3° – As Comissões Permanentes poderá ser Indicadas e nomeadas pelo Diretor ou Eleitas, conforme os Regimentos Internos de cada Comissão.

§4° – As Comissões Temporárias serão constituídas por membros escolhidos e designados pelo Diretor Geral, cabendo-lhe também a indicação do Presidente e a fixação do prazo para conclusão das tarefas que a elas forem conferidas.

Art. 4° – As demais Diretorias e Gerência constituem a compartimentação do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** para fins assistenciais e administrativos, cada uma abrangendo atividades afins no contexto do Hospital.

Art. 5° – As Coordenações e Supervisões do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** estão subordinadas administrativamente e tecnicamente aos respectivos Diretores e Gerente, estes subordinados ao Diretor Geral, que está subordinado diretamente ao **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**;

Art. 6° – As funções de Diretor Técnico Assistencial, Diretor Administrativo e/ou Financeiro, Diretor Operacional serão preenchidas por profissionais com a qualificação específica para cada área, por indicação do Diretor Geral e/ou designado pela Secretaria de Saúde, ou mesmo por realização de processo seletivo externo.

Art. 7° – A função de Supervisor será preenchida por profissional com a qualificação específica para cada área, por contratação formal, indicação do Diretor Geral e/ou Secretaria de Saúde, ou mesmo por realização de processo seletivo externo.

CAPÍTULO III - DA COMPETENCIA DOS ÓRGÃOS

Art. 8° – À Diretoria Geral compete:

I. Coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para o hospital;
II. Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da diretoria técnica assistencial, diretoria administrativa e financeira, diretoria do serviço de pronto socorro, diretoria do ambulatório integrado e gerência de enfermagem, objetivando a eficiência e a eficácia da organização;
III. Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas comissões permanentes e comissões temporárias, objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos;
IV. Coordenar e acompanhar as ações desenvolvidas através das assessorias de planejamento, jurídica e unidade de controle interno, promovendo a articulação e bom desempenho aos órgãos integrantes da instituição;
V. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
VI. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VII. Promover articulação com órgãos afins para o desenvolvimento de programas, convênios e parcerias da instituição hospitalar.

Art. 9° – À Secretaria compete:

I. Prestar assistência à Diretoria Geral, participando de reuniões para elaboração de Atas e/ou Relatórios;
II. Recepcionar as pessoas que procuram a Diretoria, esclarecendo-se sobre o assunto a tratar e encaminhá-lãs, se for o caso;
III. Recepcionar e selecionar a documentação recebida para despacho com o Diretor Geral;

IV. Redigir, digitar, receber, encaminhar e arquivar correspondências e documentos da Diretoria Geral;
V. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 10º – À Unidade de Controle Interno compete:

I. Prestar assessoria ao Diretor Geral em assuntos relacionados com as atividades de controle interno;
II. 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;
III. Antecipar-se, preventivamente, ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraudes;
IV. Realizar revisão de todos os processos administrativos de despesas com pessoal, de compras e serviços, seja na isenção ou por procedimento licitatório;
V. Emitir relatórios que reflitam os resultados das avaliações e controles efetuados sobre as informações administrativas e operacionais do hospital;
VI. Realizar auditorias periódicas, observando o estoque, a fim de garantir a obediência das normas e a lisura na contagem e no registro dos mesmos;
VII. Avaliar periodicamente o sistema de controle interno do hospital, 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 as políticas da administração;
VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
IX. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
X. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 11º – À Comissão de Controle de Infecção Hospitalar compete:

I. estudar e avaliar, permanentemente, as taxas de infecção hospitalar;
II. sugerir medidas para controle e diminuição de infecção hospitalar;
III. auxiliar a Diretoria Técnica no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção hospitalar.

IV. verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho no Hospital;
V. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção hospitalar, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VII. elaborar o regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
VIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-lãs em ata.

Art. 12º – À Comissão Interna de Revisão de Prontuários compete:

I. propor a atualização de impressos, formulários e modelos específicos do prontuário médico;
II. zelar pela qualidade do prontuário médico e pela clareza e exatidão dos registros médicos;
III. promover a avaliação qualitativa e quantitativa dos prontuários médicos, visando o cumprimento das normas do Sistema Único de Saúde;
IV. sugerir à Diretoria Técnico-Assistencial ou adotar, quando oportuno, medidas corretivas de desvios do padrão do prontuário médico;
V. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o prontuário médico, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
VIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 13º – À Comissão de Farmácia e Terapeutica compete:

I. estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, produção, utilização e administração de fármacos e agentes diagnósticos;
II. elaborar a padronização, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos no hospital;
III. estabelecer condutas terapeuticas;
IV. fazer estudos clínicos controlados e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapeutica como critério fundamental de escolha;
V. desenvolver programas de farmacovigilancia;

VI. estabelecer critérios e procedimentos que serão observados para a aquisição de medicamentos não padronizados;
VII. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com fármacos e agentes diagnósticos, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
VIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
IX. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
X. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 14º – À Comissão de Verificação de Óbitos compete:

I. auxiliar a Diretoria Técnico-Assistencial no estudo, avaliação dos indicadores de mortalidade do hospital;
II. sugerir / adotar, quando oportuno, medidas corretivas, visando manter a taxa de mortalidade hospitalar dentro dos percentuais aceitos, compatíveis com a qualidade da assistência hospitalar;
III. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
IV. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
V. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 15º – À Comissão de Suporte Nutricional, Enteral e Parenteral compete:

I. estabelecer as diretrizes técnicas administrativas que devem nortear as atividades da Comissão e suas relações com o hospital;
II. criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional, a serem encaminhados aos cuidados da Comissão;
III. assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da terapia nutricional parenteral e enteral, visando obter os benefícios máximos dos procedimentos, evitando riscos;
IV. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

V. estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da terapia nutricional parenteral e enteral;
VI. analisar o custo-benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da terapia parenteral e/ou enteral;
VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VIII. elaborar regimento interno da Comissão;
IX. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 16º – À Comissão de Residência Médica compete:

I. elaborar, conjuntamente com os serviços da Diretoria Técnico-Assistencial, programas e projetos, em conformidade com a política nacional de Residência Médica e a legislação pertinente;
II. orientar, desenvolver, coordenar e supervisionar os projetos de Residência Médica, mantendo a Diretoria do hospital informada;
III. baixar normas e instruções para o bom andamento da Residência Médica;
IV. propor e adotar medidas que visem à boa qualificação, consolidação ou expansão do programa de Residência Médica.
V. promover e divulgar estudos sobre a residência médica;
VI. propor, adotar e supervisionar a aplicação de medidas visando a articulação da residência médica com o internato e outras formas de pós-graduação;
VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VIII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
IX. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 19º – À Comissão de Ética Médica compete:

I. colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
II. supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos médicos e legais;
III. fornecer subsídios à Direção visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

IV. após denúncia de práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, instaurar sindicância, instruir e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina;
V. atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico quanto as normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
VI. encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem no hospital representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
VII. colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
VIII. orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética Médica;
IX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
X. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
XI. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 20º – À Comissão de Ética de Enfermagem compete:

I. colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética de Enfermagem;
II. divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;
III. assessorar a Diretoria Geral e Gerência de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;
IV. trabalhar junto à equipe de Enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento Ético-profissional, bem como das implicações legais advindas de atitudes antiéticas;
V. analisar e emitir parecer sobre questões Éticas de Enfermagem no hospital, sempre que necessário;
VI. orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética de Enfermagem;
VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VIII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
IX. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art.21º – À Comissão Interna de Prevenção de Acidentes compete:

I. identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos;
II. elaborar e implementar o plano de trabalho que viabilize ações preventivas relacionadas à segurança e saúde no trabalho;
III. controlar a qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como avaliar as prioridades de ação nos locais de trabalho;
IV. realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho, visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
V. participar das discussões promovidas pelo Hospital para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores, bem como da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
VI. divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
VII. requerer ao Hospital a paralisação de máquina ou serviço onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
VIII. colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Previsão de Riscos Ambientais – PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
IX. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
X. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 22º – À Comissão de Ética Interdisciplinar compete:

I. divulgar o Código de Ética Interdisciplinar e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional dentro do Hospital;
II. assessorar a Diretoria Geral, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;
III. trabalhar junto à equipe interdisciplinar do hospital, orientando sobre a importância do comportamento Ético-profissional, bem como das implicações legais advindas de atitudes antiéticas;
IV. analisar e emitir parecer sobre questões Éticas da equipe interdisciplinar no hospital, sempre que necessário;
V. orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética;
VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
VIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 23º – Às Comissões Temporárias compete:

I. estudar e analisar problemas e situações não previstas na competência das Comissões Permanentes;
II. sugerir soluções ou correção dos problemas ou situações que lhe forem indicadas.

Art. 24º – À Diretoria Técnica compete:

I. cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral do hospital;
II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões assistenciais existentes;
III. coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
IV. coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
V. estabelecer, junto aos Coordenadores e Supervisores, critérios para o ingresso de profissionais de saúde, voluntários, nos serviços do hospital que venham contribuir para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa;
VI. estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
VII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
VIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
IX. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
X. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XI. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
XII. manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XIII. fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina, Conselho Federal e Regional de Nutrição; Conselho Federal e Regional de Farmácia e Bioquímica e Conselho Federal e Regional de Serviço Social.

Parágrafo Único – a função de Diretor Técnico-Assistencial deverá ser exercida por médico de reconhecida qualificação e experiência profissional, e com especialização em Gestão ou Admistração.

Art. 25º - À Supervisão do Centro Cirúrgico compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos, visando ao melhor nível de assistência;
II. decidir sobre a alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para as Unidades;
III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VI. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
VII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital
IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
X. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XI. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço do Centro Cirúrgico serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas da área.

Art. 26º - À Equipe de Médicos Plantonistas compete:

I. atender as intercorrências nos pacientes internados no hospital, exceto naqueles serviços onde houver médico residente de plantão e na Clínica Cirúrgica do Serviço de Pronto Socorro, visando ao melhor nível de assistência e a integralidade da mesma;
II. fazer registro diário dos serviços prestados;

III. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
IV. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
V. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VIII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
IX. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
X. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Equipe de Médicos Plantonistas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 27º – À Supervisão da Unidade de Terapia Intensiva compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes que apresentem instabilidade grave ou alto risco de instabilidade em um sistema fisiológico principal, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
II. decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;
III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VI. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
VII. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

VIII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
IX. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XII. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XIII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XIV. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Unidade de Terapia Intensiva serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 28º – À Supervisão da Clínica Ortopédica compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes portadores de patologias ortopédicas e traumatológicas, sejam hospitalizados ou de ambulatório, e até mesmo os de urgência, desde que transferidos para a clínica, visando o melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
VII. elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
VIII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
IX. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

X. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
XI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XVII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XVIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Ortopédica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 29º – À Supervisão da Clínica Vascular compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes portadores de patologias vascular e anexos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
VII. elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
VIII. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

IX. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
X. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XI. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XIV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XV. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XVI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XVII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Vascular serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 30 – À Coordenação da Clínica Cirúrgica do Pronto Socorro / Ambulatório compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos oriundos da Emergência, nas especialidades de cirurgia geral, vascular, torácica, buco-maxilo-facial e urológica, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica do Serviço de Pronto Socorro;
III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial e do Serviço de Pronto Socorro do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
VII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
VIII. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

IX. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
X. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XI. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XIV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XV. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XVI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XVII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Cirúrgica do Pronto Socorro e ambulatório serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 31º – À Supervisão da Clínica Cirúrgica compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
VII. elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
VIII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
IX. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

X. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
XI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XVII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XVIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Cirúrgica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 32º – À Supervisão da Clínica Urológica compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes urológicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
VII. elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
VIII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
IX. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

X. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
XI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XVII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XVIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Urológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 33º – À Supervisão da Clínica Médica compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes oftalmológicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
VII. elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
VIII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
IX. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

X. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
XI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XVII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XVIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Oftalmológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 34º – À Supervisão da Clínica Médica compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes clínicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
VII. elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
VIII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
IX. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

X. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
XI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XVII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XVIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Médica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 35º – À Supervisão do Pronto Socorro compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes da Emergência, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
II. emitir pareceres de urgência, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica do serviço de Pronto Socorro;
III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
VII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
VIII. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
IX. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

X. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XI. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XIV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XV. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XVI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XVII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da do Serviço de Pronto Socorro, serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 36º – À Supervisão de Diagnóstico por Imagem compete:

I. supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço, visando uma melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;
II. observar rigorosamente as normas de proteção contra as radiações;
III. integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;
IV. estabelecer sistema de plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;
V. fazer registro diário dos serviços prestados;
VI. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
VIII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XI. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

XIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Diagnóstico por Imagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 37º – À Supervisão de Endoscopia compete:

I. supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço, visando uma melhor qualidade dos exames endoscópicos realizados;
II. realizar exames endoscópicos de urgência, ambulatoriais e hospitalares;
III. integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos
IV. diagnósticos;
V. estabelecer sistema de plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;
VI. fazer registro diário dos serviços prestados;
VII. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VIII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
IX. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XII. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XIII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XIV. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Endoscopia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 38º – À Coordenação do Laboratório de Análises Clínicas compete:

I. supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Laboratório, visando uma melhor qualidade dos exames complementares realizados;
II. realizar todos os exames de análises clínicas para pacientes internados e ambulatoriais do Hospital;
III. integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;
IV. estabelecer plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;
V. fazer registro diário dos serviços prestados;
VI. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
VIII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XI. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no Laboratório;
XIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Laboratório de Análises Clínicas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 39º – À Coordenação de Assistência Farmacêutica compete:

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Dispensação Médica;
II. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente;
III. fazer registro diário dos serviços prestados;
IV. manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta do hospital;
V. elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa do hospital;

VI. receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;
VII. controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;
VIII. emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
IX. elaborar avaliações farmacoeconômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;
X. desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica;
XI. manipular e preparar soluções desinfetantes e anti-sépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;
XII. controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados no hospital;
XIII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XIV. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XVI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XVII. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIX. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Assistência Farmacêutica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 40º – À Supervisão de Dispensação Médica compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Dispensação Médica;
II. fazer registro diário dos serviços prestados;
III. estabelecer um sistema racional de distribuição de medicamentos para assegurar a assistência ao paciente no horário adequado e dose prescrita;
IV. analisar os esquemas terapêuticos, informando ao médico assistente quaisquer problemas sobre dosagens excessivas, bem como controlar a preparação das doses prescritas, sem margens de erros na dispensação;

V. controlar os estoques e a conservação adequada dos medicamentos nas unidades; conhecer a realidade dos setores de internação, mantendo um bom relacionamento com a equipe multiprofissional , fornecendo informações necessárias para garantir o uso adequado dos medicamentos;
VI. participar da elaboração da política de uso racional dos medicamentos, visando a melhoria e garantir a qualidade da farmacoterapia;
VII. preparar, aditivar e controlar a qualidade das soluções de nutrição parenteral; fracionar formas sólidas e líquidas para uso oral e/ou parenteral necessárias à pediatria e pacientes especiais;
VIII. manter contato com a Coordenação de Assistência Farmacêutica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
IX. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XII. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Supervisão de Dispensação Médica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 41º – À Coordenação do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Estágios – NEPES compete:

I. manter atualizado o cadastro dos alunos das Instituições de Ensino Superior e Médio e a grade curricular dos cursos de saúde, especificando os serviços onde cada estágio se realiza;
II. manter atualizado o cadastro dos estágios extra-curriculares, especificando os serviços onde cada estágio se realiza;
III. fazer registro diário dos serviços prestados;
IV. supervisionar, projetos para o desenvolvimento de atividades de pesquisa no hospital;
V. supervisionar todas as pesquisas sediadas no hospital;
VI. manter atualizado o cadastro dos trabalhos realizados e apresentados pelos profissionais do hospital;

VII. organizar e realizar o calendário anual de capacitação e treinamentos das equipes profissionais do hospital, conforme política de educação permanente do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC
VIII. controlar os pontos de acesso no hospital às bibliotecas virtuais em saúde, em particular ao Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES;
IX. promover cursos, palestras, jornadas e seminários para a equipe multiprofissional do hospital;
X. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XI. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XIV. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na Supervisão;
XV. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XVI. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação do NEPES serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 42º – À Coordenação de Nutrição e Dietética compete:

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações desenvolvidas através da Supervisão de Produção e Supervisão de Dietética;
II. realizar o planejamento administrativo do S.N.D., coordenando, controlando e avaliando o sistema produtivo dos insumos, visando proporcionar aos comensais uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;
III. fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
IV. colaborar e participar de programas de ensino e pesquisa no campo da Nutrição;
V. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

VIII. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
IX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
X. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Nutrição e Dietética serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 43º – À Supervisão de Produção compete:

I. planejar e supervisionar a execução e a distribuição de cardápios para funcionários e acompanhantes e de dietas para pacientes;
II. providenciar o abastecimento do setor dos insumos necessários à produção das refeições;
III. fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
IV. supervisionar a higienização das áreas de estocagem e produção de refeições para garantir a qualidade das mesmas;
V. colaborar na formação de profissionais na área de saúde, orientando estágios;
VI. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
VII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
VIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
IX. participar de atividades científicas – elaboração e condução de projetos de pesquisa;
X. manter contato com a Supervisão de Dietética e a Coordenação de Nutrição e Dietética objetivando a eficácia administrativa do serviço;
XI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 44º – À Supervisão de Dietética compete:

I. definir, planejar, analisar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos pacientes;
II. fazer registro diário dos serviços prestados;
III. colaborar na formação de profissionais na área de saúde, orientando estágios;
IV. incentivar os pacientes e funcionários para a formação de hábitos alimentares sadios, promovendo educação alimentar aos mesmos;

V. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VIII. participar de atividades científicas, elaboração e condução de projetos de pesquisa;
IX. manter contato com a Supervisão de Produção e a Coordenação de Nutrição e Dietética objetivando a eficácia administrativa do serviço.
X. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 45º – À Coordenação da Equipe Multiprofissional Técnica compete planejar, coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas às Supervisões dos Serviços Técnicos não médicos ou de enfermagem desenvolvidos na unidade.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação da Equipe Multiprofissional serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 46º – À Supervisão do Serviço Social compete:

I. realizar estudo sobre as demandas do Serviço Social no setor saúde;
II. planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social;
III. fazer registro diário dos serviços prestados;
IV. defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no hospital;
V. democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis no hospital e na rede;
VI. atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;
VII. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação e participar dos programas de saúde desenvolvidos no hospital;
VIII. trabalhar a situação sócio-econômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença;
IX. colaborar na agilização e racionalização dos leitos hospitalares;
X. participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;
XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIII. promover a participação do paciente na assistência hospitalar;
XIV. promover educação em saúde no hospital;
XV. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XVI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XVII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XVIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XX. elaborar manuais de normas e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Social serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 47º – À Supervisão de Fisioterapia compete:

I. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades técnicas e administrativas da área de fisioterapia na unidade, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
II. prestar assistência fisioterápica aos pacientes ambulatoriais e internados;
III. zelar para que as visitas fisioterápicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
V. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
VI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
VII. coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;
VIII. fazer registro diário dos serviços prestados;
IX. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

X. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
XI. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIII. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;
XIV. promover a interação da equipe de fisioterapeutas e destas com os demais profissionais do Hospital;
XV. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área de fisioterapia;
XVI. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
XVII. defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
XVIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIX. manter contato com a Direção do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço;
XX. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Fisioterapia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 52º – À Supervisão da Hotelaria Hospitalar compete:

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde;
II. elaborar, implantar e desenvolver o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), estabelecendo as diretrizes de manejo dos Resíduos Sólidos de Saúde - RSS, a ser submetido à aprovação dos órgãos de meio ambiente dentro de suas respectivas esferas de competência;
III. gerenciar os RSS, planejando e implementando, a partir de bases científicas e técnicas, normas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;
IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
V. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VIII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
IX. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
X. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Serviços de Portaria e Vigilância, Limpeza, Comunicação e Arquivo e Mecanografia;
XI. fazer registro diário dos serviços prestados;
XII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XIII. manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XIV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
XV. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Higienização da unidade;
XVI. fazer registro diário dos serviços prestados;
XVII. executar a limpeza, visando higiene, nas dependências do hospital, nos móveis e equipamentos em uso;
XVIII. limpar as áreas externas e de circulação do hospital;
XIX. promover o combate a insetos e roedores nas dependências do Hospital, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;
XX. controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;
XXI. efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;
XXII. realizar serviços correlatos;
XXIII. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Serviços de Lavanderia, Rouparia e Costuraria;
XXIV. fazer registro diário dos serviços prestados;
XXV. requisitar ao Almoxarifado e receber todos os tecidos, aviamentos, produtos de lavanderia e demais materiais necessários, bem como controlar sua utilização, além de manter atualizado o sistema de gerenciamento com as informações referentes ao processamento de roupas e seus custos;
XXVI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XXVII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XXVIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XXIX. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

§1° - Ao Serviço de Lavanderia compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
II. coletar nas diversas dependências do Hospital roupas para lavagem, conferindo conforme mapa de distribuição;
III. proceder à lavagem, secagem e passagem da roupa, encaminhando-a, devidamente embalada, ao Serviço de Rouparia;
IV. elaborar mapa de produção diária e encaminhá-lo à Supervisão;
V. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VII. manter contato com a Supervisão de Lavanderia, Rouparia e Costuraria objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

§2° - Ao Serviço de Rouparia compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
II. fazer registro diário dos serviços prestados;
III. receber do Serviço de Lavanderia a roupa lavada e passada, devidamente embalada, registrá-la e distribuí-la às unidades requisitantes, mediante recibo, encaminhando o mapa de controle à Supervisão;
IV. controlar o tempo de vida útil das roupas em uso, para reposição;
V. fiscalizar e controlar a roupa em circulação, mantendo o número suficiente de peças que assegure o repouso das mesmas;
VI. separar e encaminhar ao Serviço de Costura, para reparos, as roupas danificadas; colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VIII. manter contato com a Supervisão de Lavanderia, Rouparia e Costuraria objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Art. 53º – À Supervisão de Portaria e Vigilância compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
II. fazer registro diário dos serviços prestados;
III. controlar a entrada e saída dos pacientes, acompanhantes, visitantes e o público em geral no hospital;

IV. prestar informações ao público sobre a localização das unidades hospitalares, seus pacientes e servidores;
V. controlar o movimento dos elevadores, exigindo o cumprimento da lei que determina o seu funcionamento;
VI. exercer vigilância permanente das dependências de circulação do público, principalmente das entradas e saídas do hospital;
VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VIII. realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Supervisão;
IX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
X. manter contato com a Supervisão de Serviços Gerais objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Art. 54º – À Supervisão de Compras, Almoxarifado e Patrimônio compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Compras, Almoxarifado e Patrimônio;
II. planejar e programar a aquisição dos materiais e equipamentos, devidamente autorizada pela Diretoria, em articulação com a Supervisão de Almoxarifado e Coordenação de Assistência Farmacêutica, de conformidade com a política de estoque e as necessidades do hospital, identificando no mercado as melhores condições;
III. fazer registro diário dos serviços prestados;
IV. buscar novas fontes de fornecimento e descobrir novos produtos, visando o aprimoramento dos procedimentos e os métodos, através de uma política de compras dinâmica e eficaz;
V. manter boas relações comerciais com os fornecedores, assegurando o cumprimento dos prazos de entrega, através do cumprimento dos prazos de pagamento pela Diretoria;
VI. certificar-se de que materiais adquiridos foram recebidos conforme quantidades e especificações constantes nos Pedidos de Fornecimento de Mercadorias e seus anexos, através do processo de diligenciamento;
VII. manter atualizadas as informações cadastrais dos fornecedores;
VIII. catalogar leis, decretos, portarias e instruções relativas à aquisição de material;
IX. receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional o material recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Administrativa e Financeira;

X. efetuar o registro de entrada e saída de material no sistema de gerenciamento dos estoques, mantendo a Diretoria do hospital permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;

XI. manter atualizado o sistema de gerenciamento de estoques, fornecendo informações precisas sobre o consumo de materiais por cada setor;

XII. fazer conferência periódica dos estoques para verificação de saldos, prazos de validade, condições de armazenagem, avarias e obsolescências, efetuando os ajustes necessários e dando baixa se for o caso, conforme autorizado pela Diretoria do hospital;

XIII. obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria do hospital;

XIV. manter o estoque dos materiais padronizados no hospital em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;

XV. atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pelo hospital, e distribuir os materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de Materiais;

XVI. providenciar o tombamento dos bens patrimoniais do hospital, conforme orientação da Administração Central, mantendo seus registros cadastrais atualizados e efetuando levantamentos periódicos para fins de controle e prestação de contas mediante a legislação vigente;

XVII. controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;

XVIII. efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais do Hospital, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes da Administração Pública Estadual;

XIX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XXI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXII. manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Supervisão de Compras, Almoxarifado e Patrimônio serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art.55º – À Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística compete:

I. planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas ao Serviço de Internação e Alta, Serviço de Arquivo, Serviço de Estatística e Serviço de Registro Geral;
II. supervisionar o recebimento, registro e controle do movimento dos usuários e respectivos prontuários, sejam eles das Unidades de Internação ou do Serviço de Emergência, fornecendo dados médicos e administrativos;
III. fazer registro diário dos serviços prestados;
IV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
V. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VI. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

§1° - As atividades do Serviço de Arquivo Médico e Estatística serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§2° - Ao Serviço de Internação e Alta compete:

I. registrar as internações cujos pedidos foram feitos pela equipe médica;
II. manter atualizado o painel de leitos para controle de vagas e informações sobre os usuários internados;
III. atender solicitações do público e fornecer informações de acordo com a orientação do Hospital;
IV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
V. controlar a saída dos usuários após a comunicação da Unidade de Internação;
VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VII. registrar as atividades para elaboração do relatório mensal, para apresentação à Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

§3° - Ao Serviço de Arquivo compete:

I. manter atualizado os prontuários médicos, catalogando-os;
II. receber, conferir e revisar os prontuários dos pacientes de alta e solicitar a complementação dos mesmos, se for o caso, através da Comissão Interna de Revisão de Prontuários;
III. controlar a movimentação dos prontuários, requisitada pelos Serviços de Internação, Ambulatório e Emergência, para fins de registro, ensino e pesquisa;

IV. revisar diariamente os prontuários devolvidos pelo Ambulatório e solicitar a complementação dos mesmos, se for o caso, através da Comissão Interna de Revisão de Prontuários;

V. completar os prontuários e entregá-los ao Serviço de Estatística para fins de classificação dos diagnósticos;

VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VII. registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

§4° -Ao Serviço de Estatística compete:

I. receber dos vários serviços do Hospital mapas semanais e relatórios de suas atividades;

II. receber os prontuários dos pacientes de alta e classificar os diagnósticos consignados das doenças, operações ou "causa mortis" registrando no sistema informatizado;

III. elaborar mensalmente os indicadores hospitalares para apresentar à Supervisão de Serviço de Arquivo Médico e Estatística;

IV. fornecer dados para fins de pesquisa;

V. encaminhar à Assessoria de Planejamento, todas as estatísticas, de acordo com a discriminação padronizada;

VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VII. registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

§5° - Ao Serviço de Registro Geral compete efetuar registro de internação e movimentação dos usuários no Hospital.

I. À Equipe de Cadastro compete:

a) registrar os pacientes novos e fornecer-lhes o cartão de matrícula;

b) proceder à abertura de prontuários de pacientes novos;

c) registrar o movimento de pacientes em livro próprio;

d) manter atualizado o fichário de vagas;

e) manter em ordem o fichário de registro de pacientes;

f) controlar o movimento diário das matrículas no Hospital, expedindo relatório;

g) orientar os pacientes na legalização de documentos pedidos para fim de matrícula;

h) colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

i) zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

j) registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão de Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

II. À Equipe de Ambulatório compete:

a) preparar as agendas de consultas e efetuar a marcação das mesmas, de acordo com a escala de serviço a ser fornecida mensalmente pelos coordenadores e supervisores dos serviços médicos e o número de atendimentos em disponibilidade em cada serviço;

b) encaminhar ao Serviço de Arquivo a relação dos usuários agendados para consulta;

c) colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

d) zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

e) registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão de Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

III. À Equipe de Emergência compete:

a) registrar a entrada do paciente em sistema informatizado, encaminhado-o para atendimento;

b) colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

c) elaborar estatística diária do movimento dos pacientes;

d) zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

e) registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão de Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Art. 56º – À Coordenação de Manutenção de Equipamentos e Transporte compete:

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

II. realizar atividades referentes a consertos de materiais e equipamentos hospitalares, no próprio serviço ou terceirizados, solicitando autorização da Diretoria Administrativa;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

IV. estabelecer cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos e veículos;

V. operar e manter em regular funcionamento os equipamentos geradores de energia elétrica e vapor; fazendo revisões periódicas dos mesmos e de suas redes de distribuição;

VI. requisitar, conforme cronograma pré-estabelecido, à Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio combustível e óleos lubrificantes e outros materiais necessários à boa conservação e funcionamento dos equipamentos e veículos sob sua responsabilidade;

VII. manter plantões durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia para os serviços de gasoterapia e transporte;

VIII. realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;

IX. executar os serviços de transporte, conforme solicitações prévias das Coordenações e Supervisões do Hospital;
X. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Manutenção e Transporte serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 57º – À Coordenação de Manutenção Predial compete:

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
II. fazer registro diário dos serviços prestados;
III. operar, manter e executar revisão periódica e conserto nas instalações elétricas, de água e esgotos do hospital, colocando-os em condições de operação contínua, confiável, segura e econômica;
IV. proceder à limpeza, pintura e/ou recuperação da estrutura física e dos móveis do hospital, mantendo-os em condições de apresentação e funcionalidade;
V. manter plantão de atendimento de emergência nas 24 (vinte e quatro) horas para os serviços elétricos e hidráulicos;
VI. realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;
VII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
X. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XI. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Manutenção Predial serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 58º – À Supervisão de Tecnologia da Informação compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
II. fazer registro diário dos serviços prestados;
III. gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet do hospital;
IV. emitir pareceres sobre equipamentos, instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados do hospital;
V. manter os equipamentos de informática em perfeitas condições de uso;
VI. efetuar o processamento de dados relacionados à folha de pagamento e produção médica;
VII. proporcionar aos demais setores do hospital os meios necessários ao processamento de dados, com finalidade de gerar informações que venham fundamentar o processo de decisão da Direção do hospital;
VIII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Supervisão de Tecnologia da Informação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 59º – À Coordenação Financeira compete:

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento;
II. executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;
III. fazer registro diário dos serviços prestados;
IV. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
V. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
VI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

VII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação Financeira serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 60º – À Supervisão de Contabilidade e Tesouraria compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Contabilidade e Tesouraria da unidade;
II. fazer registro diário dos serviços prestados;
III. elaborar a proposta orçamentária do Hospital;
IV. emitir notas de empenho e/ou anulação, bem como liquidação dos mesmos, de acordo com a legislação, mantendo atualizado seu controle;
V. elaborar os registros contábeis;
VI. manter o registro das receitas e despesas realizadas na unidade;
VII. enviar a prestação de conta mensal à Assessoria de Planejamento;
VIII. receber, guardar, entregar, pagar e restituir, mediante comprovação, quaisquer valores do Hospital ou do paciente;
IX. proceder diariamente o registro dos pagamentos e recebimentos efetuados e a verificação de saldos existentes em caixa, emitindo boletim financeiro;
X. recolher diariamente as importâncias recebidas, depositando na Conta Gestora do Estado, em obediência às normas administrativas do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC e do Contrato de Gestão;
XI. manter o controle de contas bancárias;
XII. efetuar pagamentos dos processos de aquisição de materiais, prestação de serviços e folha de pagamento;
XIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XVI. manter contato com a Coordenação Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XVII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Supervisão de Contabilidade e Tesouraria serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 61° – À Supervisão de Faturamento compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Faturamento;
II. fazer registro diário dos serviços prestados;
III. classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com as comunicações das Unidades de Enfermagem;
IV. classificar as contas por médico e por especialidade médica;
V. calcular as despesas de internação e de atendimento de pacientes externos;
VI. calcular outras contas de despesas por clientela, bem como as de particulares; promover conferência dos cálculos de preços lançados nas contas;
VII. enviar documentação de faturamento a SIH;
VIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XI. manter contato com a Coordenação Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Supervisão de Faturamento serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 62º – À Gerência de Enfermagem compete:

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;
II. planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pelas seguintes Supervisões: Supervisão da Unidade de Terapia Intensiva; Supervisão do Ambulatório Integrado; Supervisão das Unidades de Internação; Supervisão da Unidade de Tratamento de Queimados; Supervisão de Centro Cirúrgico; Supervisão do Serviço de Pronto Socorro; Supervisão da Central de Material e Esterilização e Supervisão da Nefrologia e Hemodiálise.

III. Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;
IV. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
V. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
VI. organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade do hospital;
VII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
VIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
IX. zelar pelas atividades privativas do Enfermeiro;
X. elaborar o diagnóstico do Serviço de Enfermagem e apresentar sua proposta de trabalho à Direção Geral do hospital;
XI. colaborar com a fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem – COREN, sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;
XII. conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;
XIII. atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;
XIV. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
XV. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XVI. manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XVII. fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem.

Parágrafo Único – A função de Gerente de Enfermagem deverá ser exercida por Enfermeiro graduado em Escola reconhecida, qualificado e com experiência.

Art. 63º – À Supervisão de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, visando a adequada média de permanência dos pacientes no hospital;
II. prestar assistência de enfermagem intensiva aos pacientes internados nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
IV. executar e supervisionar a prescrição médica;
V. registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;
VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
X. requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVI. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
XVII. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XVIII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XIX. fazer registro diário dos serviços prestados;
XX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XXI. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 64º – À Supervisão do Ambulatório Integrado compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
II. prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
IV. atender os pacientes para marcação de consultas e encaminha-los para ao Serviço de Internação e Alta;
V. orientar os pacientes que retornam ao Ambulatório após procedimentos cirúrgicos;
VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
X. requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIV. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
XV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVI. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
XVII. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
XVIII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XIX. fazer registro diário dos serviços prestados;

XX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXI. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem do Ambulatório Integrado serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 65º – À Supervisão das Unidades de Internação compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas Unidades de Internação visando à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;

II. prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

IV. executar e supervisionar a prescrição médica;

V. registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

X. requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVI. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
XVII. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XVIII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XIX. fazer registro diário dos serviços prestados;
XX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XXI. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem das Unidades de Internação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 66º – À Supervisão de Enfermagem do Centro Cirúrgico compete:
I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
II. prestar assistência de enfermagem aos pacientes nas salas de cirurgias e de recuperação, pós-anestésicos, bem como executar os procedimentos referentes a material e instrumental necessários, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
IV. elaborar e encaminhar mapa cirúrgico às Unidades de Internação, Serviços de Apoio, Diretorias e Gerência;
V. executar e supervisionar a prescrição médica;
VI. providenciar a transferência dos pacientes às suas Unidades de origem após liberação pelo médico Anestesista;
VII. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela – Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
VIII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
IX. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

X. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
XI. requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
XII. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
XIII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XIV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XVI. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVII. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
XVIII. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
XIX. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XX. fazer registro diário dos serviços prestados;
XXI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XXII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 67º – À Supervisão do Serviço de Pronto Socorro compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, visando à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;
II. prestar assistência integral de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;
III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
IV. executar e supervisionar a prescrição médica;
V. registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

X. requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XVI. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XVII. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XVIII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XIX. fazer registro diário dos serviços prestados;

XX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXI. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Emergência serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 68º – A Supervisão da Central de Material e Esterilização compete:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;

II. prever, requisitar e prover materiais necessários para as Unidades de Internação, Terapia Intensiva e Tratamento de Queimados, Centros Cirúrgicos, Ambulatórios e Serviço de Pronto Socorro, mantendo estoque para as emergências;
III. preparar o instrumental para as cirurgias de acordo com a programação cirúrgica;
IV. proceder ao controle de entrada e saída de material;
V. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o desempenho das atividades do serviço;
VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
VIII. realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminha-los mensalmente à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
X. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
XI. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XIV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
XVI. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;
XVII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XVIII. fazer registro diário dos serviços prestados;
XIX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XX. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Central de Material e Esterilização serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Art. 69º – São atribuições do Diretor Geral:

I. dirigir o Hospital, orientando e controlando suas atividades, expedindo normas, instruções e ordens para execução das atividades;
II. participar do planejamento e programação dos acordos, convênios e projetos a serem implantados e desenvolvidos pelo Hospital;
III. submeter à aprovação superior o plano de ação e a proposta orçamentária do Hospital;
IV. fornecer orientação técnica-administrativa aos subordinados diretos, garantindo um bom nível de desempenho, mantendo gerência participativa sobre o grupo;
V. designar os membros das Comissões Técnicas, salvo aqueles que, por disposição regimental, são natos;
VI. garantir um bom assessoramento técnico-profissional e administrativo;
VII. autorizar a divulgação dos trabalhos técnicos do Hospital;
VIII. baixar portarias, instruções e ordens de serviço, bem como determinar a instauração de processos administrativos;
IX. indicar os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores;
X. programar e presidir reuniões com as Diretorias e Gerência;
XI. homologar, revogar ou anular, conforme o caso, as licitações realizadas pelo Hospital;
XII. elogiar e/ou aplicar penas disciplinares, inclusive pena de suspensão aos servidores do Hospital;
XIII. submeter anualmente ao Secretário Estadual de Saúde o relatório das atividades realizadas.

Art. 70º – São atribuições do Diretor Técnico:

I. dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Técnicos Assistenciais, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
II. despachar com o Diretor Geral;
III. baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
IV. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
V. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
VI. elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;
VII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;

VIII. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
IX. comunicar ao Conselho Regional de Medicina – CRM quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o médico responsável pelas suas omissões;
X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Art. 71º – São atribuições do Gerente de Enfermagem:

I. dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Enfermagem, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
II. despachar com o Diretor Geral;
III. baixar instruções de serviço para as Supervisões a ele subordinadas;
IV. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
V. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
VI. elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;
VII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
VIII. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
IX. comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o enfermeiro responsável pelas suas omissões;
X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Art. 72º – São atribuições dos Coordenadores e Supervisores:

I. coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

II. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
III. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
IV. zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;
V. organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos servidores;
VI. propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;
VII. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
VIII. propor ao superior imediato elogio ou aplicação de penalidade aos servidores subordinados;
IX. participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;
X. promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;
XI. coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;
XII. requisitar material e equipamento para uso do Serviço, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Art. 73° – São deveres do Colaborador de qualquer categoria:

I. cumprir o horário e as obrigações contratuais e funcionais;
II. manter-se em seu local de trabalho, ausentando-se somente a objeto de serviço ou quando autorizado;
III. executar as tarefas que lhe forem determinadas;
IV. tratar com humanidade pacientes, colegas de trabalho e superiores hierárquicos, bem como as pessoas que procurem o Hospital, defendendo a observância dos Direitos e Deveres destes;
V. zelar pelo patrimônio do Hospital;
VI. comunicar à chefia imediata irregularidades de serviços de que tiver conhecimento;
VII. obedecer aos respectivos Códigos de Ética Profissional;
VIII. participar de comissões;
IX. aguardar em serviço a chegada do substituto;
X. evitar a divulgação entre estranhos de assuntos internos dos serviços;
XI. participar de reuniões, quando convocado;
XII. executar as atribuições delegadas.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

SEÇÃO I DO PESSOAL

Art. 74º – O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** terá Quadro de Pessoal, estruturado em cargos e funções definidos.

Art. 75º – Os colaboradores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** estarão submetidos ao agasalho legal do CLT e, os que não vinculados por este, ficarão na parte que concerne aos deveres, proibições e regime disciplinar quando não incompatível com a legislação que reza a espécie.

SEÇÃO II DO HORÁRIO

Art. 76º – O horário de trabalho das categorias funcionais em todo o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO é** fixado pela Direção Geral, respeitada a legislação vigente.

Art. 77º – Por conveniência de serviço, poderá ser proposto pelos ocupantes das funções de Coordenações, Supervisões e Assessoramento à Direção Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** horários especiais, respeitando-se o número de horas estabelecido na legislação.

Art. 78º – O trabalho extraordinário só poderá ser prestado, quando autorizado pelos ocupantes das funções de Coordenações, Supervisões e Assessoramentos, nos termos da legislação que reza a espécie.

SEÇÃO III - DAS SUBSTITUIÇÕES

Art. 79º – O Diretor Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será substituído em suas faltas ou impedimentos pelo Diretor Técnico.

Art. 80º – Os titulares das Diretorias e Gerência serão substituídos em suas faltas ou impedimentos por colaborador indicado pelo Diretor Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** .

Art. 81º – O titular de qualquer Coordenação, Supervisão e Assessoria será substituído em suas faltas ou impedimentos por colaborador indicado pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador e

autorizado pelo Diretor Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 82º – Os atos relativos ao pessoal deverão gerar-se na Supervisão de Gestão de Pessoas, em cumprimento a determinação do Diretor Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

Art. 83º – É obrigatório o registro de "ponto" de todo o pessoal do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

§1° – São dispensados do "ponto" os Diretores, Gerentes, Assessorias, Coordenadores e Supervisores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** os quais deverão, entretanto, observar o horário normal de trabalho;

§2° – O registro de "ponto" do pessoal será feito em relógio de ponto;

§3° – O registro de "ponto" do pessoal cedido pelo Poder Público será feito em relógio de ponto em separado dos demais colaboradores.

Art. 84º – O prontuário médico, bem como qualquer documento ou informação relacionados com a assistência prestada aos pacientes, só poderão ser retirados do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** mediante autorização expressa do Diretor Técnico.

Art. 85º – Caberá ao Diretor Geral em conjunto com o Diretor Técnico do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** estruturar o Corpo Clínico e aprovar os Manuais de Normas e Rotinas dos diversos Serviços do hospital, onde se definirão suas relações com os órgãos da administração.

Art. 86º – As notícias referentes a fatos ocorridos no âmbito do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO só** poderão ser fornecidas para divulgação com autorização do Diretor Geral.

Art. 87º – O Diretor Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tomará as medidas necessárias para implantação deste Regimento.

Art. 88º – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Direção do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** respeitada a competência da autoridade superior.

Art. 89º – Este Regimento, aprovado pelo Diretor Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** entrará em vigor na data de sua aprovação.

Art. 90º – Revogam-se as disposições em contrário.

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO
Goiás, XX de XXXXXXXXX de 2023

3.7. Regimento do Serviço de Enfermagem do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

O Serviço de Enfermagem é considerado uma entidade social que como tal precisa ser organizado, levando em consideração as diretrizes básicas e os princípios fundamentais de organização.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** destaca que os instrumentos organizacionais são fundamentais para que sejam padronizadas as principais diretrizes que irão nortear o processo de trabalho da Enfermagem.

A elaboração de instrumentos organizacionais deve ser compatível com os propósitos da instituição, tanto do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** quanto do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** para que sejam definidos os métodos "padrão ouro" ou estandardizados, indispensáveis para o gerenciamento do serviço e dos profissionais envolvidos.

Além da atividade fim, de cuidado, a Enfermagem deve estar atenta aos aspectos intrínsecos da instituição na qual se insere. Sobre isso, destacamos que é preciso tomar em consideração:

- A instituição, qual a visão, a missão, os valores, o estatuto, o regimento interno, os objetivos e a sua estrutura organizacional;
- As áreas e os serviços da instituição, áreas meio e fins, seus funcionamentos operacionais e as relações existentes;
- As funções e as atribuições de cada área e categoria funcionais;
- Os fluxos, formulários, relatórios e documentos institucionais.

Dessa forma, muitos instrumentos organizacionais estão presentes na prática diária dentro dos hospitais, e nesse sentido, serão evidenciados os principais documentos existentes para o adequado funcionamento da instituição.

Um deles é o Regimento Interno de Enfermagem a ser praticado no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** cujo objetivo é nortear o cuidado livre de danos e riscos à saúde, além de clarificar, facilitar, organizar e padronizar a execução de ações e atividades a serem desempenhadas pelos profissionais de enfermagem, que será integrado com as demais ferramentas, como o Manual de Normas e Rotinas Assistenciais de Enfermagem, os Protocolos Operacionais Padrão (POP) e demais regulamentos e diretrizes em vigência.

Em consulta ao dicionário Michaelis, versão on-line, o termo regimento interno é definido como ***"estatuto que determina os direitos e os deveres de um estabelecimento público ou privado e de seus empregados".***

De acordo com Paulina Kurcgant* (1991):

> ***"O regimento interno é o ato normativo aprovado pela administração superior da organização de saúde, de caráter flexível e que contém diretrizes básicas para o funcionamento do serviço de enfermagem. O regimento especifica as disposições do regulamento para o serviço, devendo, portanto, estar nele embasado".***

*Professora doutora emérita da Universidade de São Paulo (USP) e autora de diversos livros na

área de administração, gerenciamento e qualidade em Enfermagem.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** propõe, a partir do conceito apresentado, implementar um conjunto de instruções para estabelecer procedimentos de organização levando em consideração a finalidade do serviço, a posição do serviço na estrutura da organização e a descrição das linhas hierárquicas, o quadro de pessoal, jornadas de trabalho, atividades a serem desenvolvidas por categoria funcional, competências e outras disposições a critério do gestor.

O presente **REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM**, de caráter normativo, foi elaborado conforme Preceitos do Conselho Regional de Enfermagem – COREN-PA, do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e diretrizes institucionais, resguardadas as especificidades do serviço a que se refere, adotando a seguinte estrutura:

- *Capítulo I. Missão, Visão e Valores*
- *Capítulo II. Das Finalidades*
- *Capítulo III. Da Composição*
- *Capítulo IV. Dos Requisitos e Competências*
- *Capítulo V. Das Atribuições Gerais*
- *Capítulo VI. Dos Horários*
- *Capítulo VII.Dos Requisitos para Avaliação, Medidas Disciplinares e Desligamentos*
- *Capítulo VIII. Dos Deveres*
- *Capítulo IX. Das Disposições Finais*
- *Referências Consultadas*

MINUTA DE REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I – MISSÃO VISÃO E VALORES

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** tem como principal 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 o compromisso social. O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** busca, igualmente, ser referência em Gestão na Saúde Pública, com base nos mais elevados padrões de qualidade, garantindo o acesso à saúde com mais qualidade, superando todas as barreiras com responsabilidade e utilizando as melhores práticas gerenciais existentes no mercado.

MISSÃO	VISÃO	VALORES
• Promover a gestão otimizada na área da saúde com resultados positivos para usuários, parceiros e organizações públicas e privadas.	• Ser uma instituição de abrangência nacional, com qualidades globais para implementar projetos singulares, fomentando o desenvolvimento das instituições e da sociedade.	• Ética pessoal e institucional • Gestão profissional e transparente • Humanização • Inovação • Melhoria contínua • Meritocracia • Segurança do paciente • Sustentabilidade • Valorização e respeito às pessoas

Obs.: MVV do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC no modelo do Regimento Interno do Serviço de Enfermagem. Será alterado para o do HERSO quando da sua implantação.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Art. 1º - O Serviço de Enfermagem que atua nas unidades e serviços de saúde administrados pela **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** pautará a suas atividades a partir da Lei do Exercício Profissional e do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem e demais instruções e legislações emanadas pelos Conselhos Regional e Federal de Enfermagem.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I. Garantir ao usuário assistência de enfermagem respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade, equidade e integralidade;

II. Prestar cuidado integral de enfermagem ao usuário, atendendo-o nas suas necessidades individuais, visando o seu bem-estar e a sua recuperação;

III. Manter elevado e qualificado o padrão de atendimento em todos os níveis de cuidado, garantindo uma assistência segura e de qualidade;

IV. Priorizar o acolhimento como forma de oferecer ao usuário o direito de ser ouvido dentro da sua necessidade de saúde, considerando a complexidade e o risco apresentado;

V. Priorizar o vínculo entre usuário e profissional de modo a construir e estabelecer confiança;

VI. Garantir a continuidade da assistência dentro do conceito de promoção, proteção, recuperação e reabilitação nos três níveis de atenção à saúde;

VII. Promover ações de capacitação direcionadas ao desenvolvimento profissional e contínuo das equipes assistenciais, bem como estimular que o quadro de profissionais qualificados se torne multiplicador de conhecimento em busca da melhoria contínua do serviço prestado;

VIII. Participar das ações de saúde da comunidade, oferecendo a colaboração das equipes, sempre que possível;

I. Manter a gestão dos processos operacionais, legais, éticos e deontológicos sobre as atividades relativas ao serviço de enfermagem;

II. Manter sempre atualizadas as normas e resoluções emitidas pelo COREN-PA e COFEN, de modo que toda a equipe se torne ciente.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - A estrutura funcional das unidades vinculada ao Serviço de Enfermagem, administradas pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, está composta da seguinte forma: (**Observação:** Estará descrito em consonância com o perfil do serviço sob gestão do **ISAC** e o dimensionamento proposto – quadro de pessoal – para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO .**

CAPÍTULO IV – DOS REQUISITOS E COMPETÊNCIAS

Art. 4º - Todos os profissionais da enfermagem contratados pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** para atuar no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** devem, por obrigatoriedade, apresentar:

I. Registro ativo no COREN-PA;

II. Cumprimento integral de suas obrigações junto ao COREN-PA;

III. Aprovação no processo seletivo junto ao Departamento de Gestão de Pessoas do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**;

IV. Atender, na íntegra, ao Regimento Interno de Enfermagem do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**;

V. Conhecimento teórico e prático para o desenvolvimento satisfatório e seguro das práticas relacionadas à sua competência nos serviços assistenciais e administrativos das unidades administradas pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**.

Art. 5º - Os requisitos exigidos para a posição de Enfermeiro Responsável Técnico são:

I. Diploma de Bacharelado em Enfermagem;

II. Registro Ativo no COREN-PA na categoria ENFERMEIRO;

III. Isenção de processos éticos e administrativos junto ao COREN-PA;

IV. Ter vivência profissional de, no mínimo, 02 (dois) anos em atividade assistencial;
V. Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;
VI. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
VII. Ter curso de pós-graduação, preferencialmente na área de gestão;
VIII. Ter disponibilidade de horário para carga horária de 40 horas semanais em expediente administrativo e/ou assistencial.

Art. 6º - Os requisitos exigidos para a posição de Enfermeiro são:
I. Diploma de Bacharelado em Enfermagem;
II. Registro Ativo no COREN-PA na categoria ENFERMEIRO;
III. Isenção de processos éticos e administrativos junto ao COREN-PA;
IV. Ter vivência profissional de, no mínimo, 06 (seis) meses em atividade assistencial;
V. Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;
VI. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
VII. Ter curso de pós-graduação, preferencialmente em urgência e emergência;
VIII. Ter disponibilidade de horário para carga horária de 40 horas semanais em expediente assistencial ou 36 horas semanais em regime de plantão 12x36h diurno ou noturno.

Art. 7º - Os requisitos exigidos para a posição de Técnico de Enfermagem são:
I. Ter diploma de Ensino Médio;
II. Ter diploma de Ensino Profissionalizante de nível médio em Técnico de Enfermagem;
III. Registro Ativo no COREN-PA na categoria TÉCNICO DE ENFERMAGEM;
IV. Ter vivência profissional de, no mínimo, 06 (seis) meses em atividade assistencial;
V. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
VI. Ter disponibilidade de horário para carga horária de 36 horas semanais em regime de plantão 12x36h diurno ou noturno.

Art. 8º - Ao Enfermeiro Responsável Técnico, compete:
I. Responder tecnicamente pelo Serviço de Enfermagem da unidade a qual foi designado junto aos Conselhos Regional e Federal de Enfermagem, bem como representá-los junto às autoridades conforme legislação vigente;
II. Elaborar escalas de trabalho diário, mensal, folgas, férias e substituições ou coberturas, referentes à sua equipe de trabalho;
III. Monitorar e avaliar o absenteísmo dos colaboradores da Enfermagem;

IV. Monitorar, avaliar e autorizar saldo de banco de horas, bem como sua compensação, sempre com ciência do gestor da unidade;

V. Manter atualizada, junto ao Conselho Regional de Enfermagem, a relação dos profissionais de enfermagem;

VI. Manter atualizada, em poder da unidade, todas as informações necessárias e atualizadas de todos os profissionais de Enfermagem que atuam no serviço, com os seguintes dados: nome, sexo, data de nascimento, endereço, telefone, e-mail, categoria e inscrições funcional e profissional, bem como manter histórico do colaborador sob sua responsabilidade, com todas as informações e alterações cadastrais pertinentes, férias, licenças, ausências, reclamações, elogios, medidas disciplinares e demais documentos indispensáveis, com apresentação periódica de informações à gerência da unidade, equipe técnica de gestão da instituição e conselho profissional, quando necessário;

VII. Acompanhar e avaliar a produção dos serviços de Enfermagem;

VIII. Informar, através de oficio, à gerência administrativa da unidade, equipe técnica de gestão e ao COREN-PA quando da ocorrência de infração à legislação de Enfermagem;

IX. Manter afixado, em local visível ao público, a Certidão de Responsabilidade Técnica, emitido pelo COREN-PA, observando o prazo de validade;

X. Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na resolução vigente do COFEN;

XI. Administrar, planejar, organizar, supervisionar e avaliar a política assistencial de Enfermagem, alinhando-a com a gestão técnica do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**.

XII. Avaliar e remanejar membros da equipe de Enfermagem de acordo com a necessidade e dinâmica do serviço

XIII. Promover a integração dos Serviços de Enfermagem de modo multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar;

XIV. Auxiliar na elaboração, implantação e avaliação dos protocolos clínicos, protocolos operacionais padrão e diretrizes terapêuticas ligados ao cuidado desenvolvido na Unidade Assistencial;

XV. Zelar pelo cumprimento das atividades privativas da Enfermagem, respeitando as suas categorias;

XVI. Identificar as necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais e participar das mesmas atividades quando implementadas;

XVII. Propor metas qualitativas e quantitativas relativas ao cuidado desenvolvido no âmbito da unidade, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação;

XVIII. Auxiliar no monitoramento e avaliação do cuidado praticado na Unidade através das equipes de trabalho;

XIX. Garantir a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE conforme legislação vigente e disposições institucionais;

XX. Garantir o registro íntegro e legível das ações de Enfermagem;

XXI. Organizar a equipe de Enfermagem de acordo com as especificidades de cada setor, elaborando e fazendo cumprir o Regimento de Enfermagem que deve ser de conhecimento de todos os profissionais de enfermagem;

XXII. Zelar pelo suprimento e bom uso dos materiais de consumo e equipamentos assistenciais, evitando desperdício ou utilização inadequada;

XXIII. Garantir o suprimento dos insumos e medicamentos necessários para a assistência, mantendo o respectivo controle de uso, reposição, guarda e conservação;

XXIV. Realizar e participar de programas de promoção, prevenção e proteção à saúde de acordo com as diretrizes institucionais;

XXV. Zelar pelos bens patrimoniais da instituição, comunicando imediatamente à gerência administrativa e equipe técnica de gestão quaisquer intercorrências;

XXVI. Observar a Norma Regulamentadora nº 32, com a finalidade de minimizar riscos ocupacionais à saúde da equipe de enfermagem;

XXVII. Observar e assegurar a ordem e a limpeza da unidade, solicitando ao prestador de serviço responsável pela higienização quaisquer providências necessárias;

XXVIII. Controlar a assiduidade, a pontualidade e a disciplina de sua equipe e tomar medidas cabíveis, quando necessário;

XXIX. Viabilizar 60 minutos de intervalo para refeição/descanso nos plantões de 12 horas, desde que, com revezamento que não comprometa a assistência ao usuário;

XXX. Garantir que, quando da realização de estágio obrigatório e não obrigatório, estes sejam realizados sob supervisão de professor/preceptor nomeado pela instituição de ensino, com formação em Enfermagem e devidamente registrado no COREN-PA.

XXXI. Manter-se atualizado sobre disposições e atualizações de órgãos oficiais (COREN-PA, COFEN, Secretarias Municipal e/ou Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, ANVISA e demais esferas);

XXXII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno de Enfermagem e demais procedimentos operacionais padronizados elaborados pela equipe técnica de gestão do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**;

XXXIII. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética da Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional.

Goiásgrafo Único - O Enfermeiro Responsável Técnico que descumprir as atribuições constantes no artigo 8º poderá ser notificado a regularizar as suas atividades, estando sujeito a responder Processo Ético-Disciplinar junto ao COREN-PA.

Art. 9º- Ao Enfermeiro, compete:

I. Planejar, organizar, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem do turno, sob sua responsabilidade, sendo responsável por todas as informações no que tange a passagem de plantão;

II. Auxiliar o Enfermeiro Responsável Técnico no desempenho de suas atribuições ou quando for demandado;

III. Representar a unidade em reuniões ou eventos de caráter técnico e/ou administrativo quando designado;

IV. Zelar pelo cumprimento das atividades privativas da Enfermagem, respeitando as suas categorias;

V. Auxiliar no monitoramento e avaliação do cuidado praticado na Unidade através das equipes de trabalho;

VI. Administrar a equipe de trabalho no que se refere ao cumprimento da escala diária/semanal/mensal e suas atividades, contemplando adequada distribuição consoante à dinâmica do serviço;

VII. Realizar Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) ao usuário admitido no serviço de saúde e aplicar o processo de enfermagem conforme protocolo instituído, através de escuta qualificada das suas necessidades de saúde apresentadas, identificando a intervenção do cuidado, orientando quanto ao fluxo do atendimento da unidade;

VIII. Administrar e aperfeiçoar os recursos administrativos e médico-hospitalares necessários às suas funções;

IX. Garantir a prescrição e a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, conforme legislação vigente e disposições institucionais;

X. Garantir o registro íntegro e legível das ações de Enfermagem em prontuário do paciente, livro de plantão, ocorrências, relatórios e correlatos;

XI. Proporcionar a integração entre os profissionais e realizar reuniões sistemáticas com a equipe de enfermagem sob sua responsabilidade e proporcionar reuniões com o Enfermeiro RT, bem como com as demais equipes atuantes na unidade;

XII. Supervisionar e assessorar os técnicos de enfermagem sob sua responsabilidade;

XIII. Realizar cuidados exclusivos de enfermagem e pacientes graves ou que exijam maior complexidade técnica com base científica, decisões imediatas e analíticas;

XIV. Participar e atuar nos programas de prevenção, promoção e proteção à saúde de acordo com as diretrizes institucionais;

XV. Promover e observar a interação da equipe com foco no cuidado centrado ao paciente;

XVI. Promover e realizar junto com a equipe multiprofissional a interlocução da sua unidade com a rede intersetorial, quando necessário, para a garantia da continuidade da assistência integral ao usuário;

XVII. Observar e assegurar a ordem e a limpeza da unidade, solicitando ao prestador de serviço responsável pela higienização quaisquer providências necessárias;

XVIII. Atuar com visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento de referência e contrarreferência;

XIX. Controlar a assiduidade, a pontualidade e a disciplina de sua equipe e tomar medidas cabíveis, quando necessário;

XX. Viabilizar 60 minutos de intervalo para refeição/descanso nos plantões de 12 horas, desde que, com revezamento que não comprometa a assistência ao usuário;

XXI. Manter-se atualizado sobre disposições e atualizações de órgãos oficiais (
N-PA, COFEN, Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, ANVISA e demais esferas);

XXII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno de Enfermagem e demais procedimentos operacionais padronizados elaborados pela equipe técnica de gestão do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**;

Art. 10º - Ao Técnico de Enfermagem, compete:

I. O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem;

II. Executar ações de assistência de Enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro;

III. Assistir e acompanhar o Enfermeiro nos programas e atividades de assistência à saúde do indivíduo;

IV. Cumprir normas e regulamentos institucionais;

V. Executar os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) assistenciais conforme vigência na unidade;

VI. Contribuir na elaboração e cumprimento das escalas de trabalho, sob supervisão do enfermeiro;

VII. Zelar pelos insumos da unidade;

VIII. Receber e passar plantão com os demais integrantes da equipe se atendando em todas as informações indispensáveis aos cuidados do paciente, com precisão, objetivo e clareza;

IX. Executar as atividades determinadas pelo Enfermeiro responsável pelo Serviço desde que dispostas na Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem;

X. Realizar acolhimento do usuário e verificação de sinais vitais do paciente quando solicitado pelo superior imediato, de modo que não se configure classificação de risco ou priorização de atendimento, uma vez que tais atribuições são privativas do Enfermeiro;

XI. Registrar as atividades e ações de Enfermagem realizadas em sistemas de registros determinados e prontuário do paciente;

XII. Administrar medicamentos conforme prescrição médica;

XIII. Realizar cuidados conforme orientações e prescrição do Enfermeiro;

XIV. Acompanhar o paciente em setores internos da unidade ou em transportes externos, quando necessário;

XV. Manter vigilância contínua aos usuários, identificando suas necessidades objetivas e subjetivas;

XVI. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO V – DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

Art. 11º - Das atribuições gerais para a equipe de Enfermagem:

I. Comunicação: Transmitir as informações, divulgar os eventos relacionados à atividade profissional;

II. Ética: Desenvolver as atividades profissionais observando as questões relacionadas à justiça e à ética nas relações de trabalho;

III. Flexibilidade: Possuir a capacidade para lidar com diferentes tipos de situações no exercício profissional;

IV. Iniciativa: Realizar outras atividades que não estão previstas na rotina de trabalho, não se limitando às funções específicas do cargo;

V. Interesse: Buscar sistematicamente ampliar os conhecimentos referentes aos assuntos relacionados às suas atividades;

VI. Planejamento e Organização: Atuar de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais;

VII. Proatividade: Prever situações e atuar antecipadamente, adotando ações proativas ao invés de atuar, somente, através de ações reativas;

VIII. Qualidade: Executar as atribuições do cargo, buscando a satisfação das necessidades e superação das expectativas dos clientes internos e externos da Prefeitura Municipal de Marília;

IX. Relacionamento Interpessoal: Agir de forma empática e cordial com as demais pessoas, durante o exercício das funções do cargo;

X. Trabalho em Equipe: Realizar o trabalho em colaboração com outros profissionais, buscando a complementaridade de outros conhecimentos e especializações;

XI. Visão Sistêmica: Desempenhar as atribuições específicas, percebendo a inter-relação e a interdependência de cada uma das tarefas com as atividades globais da **Secretaria de Estado da Saúde Pública (SES-GO)** e seus respectivos impactos no todo.

CAPÍTULO VI – DOS HORÁRIOS

Art. 12º - Os colaboradores do quadro de enfermagem contratados pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** atuam cumprindo carga horária de 180 ou 200 horas/mês, respeitando os preceitos legais de intervalos e turnos de descanso, bem como folgas abonadas e férias, conforme regulamentos do Departamento de Gestão de Pessoas do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** e acordos homologados junto ao sindicato da categoria.

Art. 13º - Os colaboradores do Serviço de Enfermagem deverão se apresentar ao trabalho devidamente trajado, de branco, roupas não transparentes, não apertadas, com jaleco e/ou uniforme institucional, portando crachá funcional com foto, sapato fechado, cabelos presos, barba feita, unhas curtas e sem o uso de adornos.

Art. 14º - Os colaboradores do Serviço de Enfermagem deverão se apresentar ao posto de trabalho (setor) conforme o horário determinado em contrato de trabalho e escala de serviço;

Art. 15º - Os colaboradores do Serviço de Enfermagem poderão prorrogar o seu plantão em situações de caráter extraordinário, de acordo com a necessidade do Serviço, mediante autorização exclusiva da chefia imediata.

Art. 16º - A equipe do Serviço de Enfermagem deverá comparecer em reuniões periódicas e extraordinárias, a qualquer tempo, sob convocação do Enfermeiro Responsável Técnico, do Gerente de Unidade ou da Equipe Técnica. Os trabalhos e discussões ali realizados constarão em ATA aprovada pelos presentes e arquivadas na unidade, sob responsabilidade do Gerente de Unidade. Os horários cumpridos para este fim fora do estipulado em contrato de trabalho serão considerados como banco de horas com compensação imediata, salvo negociação realizada que beneficie tanto a unidade quanto aos envolvidos.

Art. 17º - O empregado só poderá afastar-se do local de trabalho comunicando ao seu chefe ou qualquer outro superior hierárquico, sob pena de praticar ato de indisciplina punível com advertência ou suspensão disciplinar.

CAPÍTULO VII – DOS REQUISITOS PARA AVALIAÇÃO, MEDIDAS DISCIPLINARES E DESLIGAMENTOS

Art. 18º - Os colaboradores do Serviço de Enfermagem deverão ser periodicamente avaliados, dentro de um prazo de no máximo 12 (doze) meses, através de Avaliação de Desempenho previamente elaborado, sob responsabilidade do superior imediato e homologado pelo Gerente da área, sendo parte do Plano de Trabalho supervisionado pela Equipe Técnica do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC.**

Art. 19º - As sanções de caráter disciplinar se darão de acordo com a Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT), avaliação e solicitação do responsável imediato com homologação do gerente da unidade, sempre pautada pelo Código de Ética e Deontologia da Enfermagem, pelo Regimento Interno de Enfermagem e pelos Regulamentos Institucionais vigentes.

Art. 20º - Os desligamentos dos colaboradores do quadro de enfermagem são de responsabilidade institucional, seguindo normas do Departamento de Gestão de Pessoas do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**.

CAPÍTULO VIII – DOS DEVERES

Art. 21º - Dentre os demais deveres da equipe do Serviço de Enfermagem, destacam-se:

I. Exercer com zelo as atribuições do cargo;

II. Ser leal aos Princípios de Missão Visão e Valores do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** e do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

III. Respeitar, cumprir e fazer cumprir as normas e regulamentos institucionais;

IV. Respeitar a hierarquia;

V. Atender ao usuário, família e comunidade de forma que se preste todas as informações possíveis, exceto aquelas protegidas pela Lei do Sigilo Profissional;

VI. Informar a equipe de gestão quaisquer irregularidades observadas;

VII. Zelar pelos materiais e equipamentos da instituição, bem como patrimônios e sua conservação;

VIII. Zelar pelas informações institucionais;

IX. Manter conduta compatível com a moralidade administrativa;

X. Ser pontual, assíduo e responsável em relação aos dias de trabalho e horários previamente acordados;

XI. Representar contra a ilegalidade, omissão ou abuso de poder;

XII. Portar Cédula de Identidade Funcional emitida pelo COREN-PA, observando a validade;

XIII. Usar trajes apropriados de trabalho e crachá – preferencialmente, roupas brancas, jalecos, sapatos fechados, cabelos presos, unhas curtas com esmaltes claro e não usar adornos, conforme normas regulamentares previamente instituídas.

CAPÍTULO IX – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 – Nenhum colaborador contratado pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** ou que nela prestam serviços estão autorizados a aceitar ou receber valores, presentes, convites ou qualquer gratificação e vantagem de qualquer espécie em função de suas atribuições.

Art. 23 – Qualquer alteração deste Regimento Interno do Serviço de Enfermagem deve ser realizada exclusivamente por deliberação da Equipe Técnica, através de atualização e publicação;

Art. 24 – O presente Regimento Interno do Serviço de Enfermagem do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** deve ser aplicado em sua íntegra a todos os membros da equipe, sem qualquer exceção, sob ciência e disponibilidade de forma impressa em local acessível dentro da unidade.

Art. 25 - Os casos não previstos neste Regulamento serão abordados pelo Gerente de Enfermagem, em conjunto com a Equipe Técnica para deliberação e conduta.

Art. 26 – Este Regimento Interno do Serviço de Enfermagem entra em vigor a partir da data de validação e liberação da Equipe Técnica do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** e revoga, expressamente, quaisquer documentos similares publicados anteriormente.

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

Goiás – PA, XX de XXXXXXXXX de 2023

3.8. Regimento do Corpo Clínico do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

Em conformidade com a RESOLUÇÃO CFM nº 1.481/97, que determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, propõe, visando disciplinar a constituição do

Corpo Clínico do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** bem como as ações, relações, avaliações e conduta dos médicos que, individualmente ou na condição de membros de equipes especializadas, utilizam as instalações do estabelecimento para o exercício de suas atividades profissionais. A finalidade da Instituição vem a ser a assistência médica e hospitalar aos doentes em geral, independentemente de cor, raça, religião, convicções políticas e ideológicas e de condição socioeconômica, em cujo benefício o corpo técnico e administrativo, juntamente com o corpo clínico, atuarão com o máximo de zelo e o melhor de sua capacitação profissional.

DEFINIÇÃO: O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

OBJETIVOS: O Corpo Clínico terá como objetivos, entre outros:

- Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
- Assegurar a melhor assistência à clientela da instituição;
- Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da instituição;
- Estimular a pesquisa médica;
- Cooperar com a administração da instituição visando a melhoria da assistência prestada;
- Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

COMPOSIÇÃO: O Regimento Interno deverá prever claramente as diversas categorias de médicos que compõem o Corpo Clínico, descrevendo suas características, respeitando o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

COMPETÊNCIAS: O Regimento Interno deverá discriminar as competências do Corpo Clínico, garantindo aos seus integrantes, de acordo com sua categoria:

- Frequentar a Instituição assistindo seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;
- Participar das suas Assembleias e Reuniões Científicas;
- Votar e, conforme a categoria pertencente, ser votado;
- Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, Chefes de Serviço, bem como a Comissão de Ética Médica;

- Decidir sobre a admissão e exclusão de seus membros garantindo ampla defesa e obediência às normas legais vigentes.
- Colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes

DIREITOS E DEVERES: O Regimento Interno deverá prever os direitos dos seus integrantes, respeitando como fundamentais:

- A autonomia profissional;
- A admissão e exclusão de membros será decidida pelo corpo clínico garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;
- O acesso à instituição e seus serviços;
- A participação nas assembleias e reuniões;
- O direito de votar, e conforme o caso, ser votado;
- De receber a remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível;
- Compete aos membros do corpo clínico, a decisão final sobre a prestação do serviço médico do hospital. Fica resguardado no limite dos preceitos éticos o direito de o médico decidir autonomamente em atender pacientes vinculados a convênios mesmo quando aceitos pelo corpo clínico.
- Comunicar falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.

Os deveres dos integrantes do Corpo Clínico também deverão ser claramente expressos, prevendo-se, inclusive, a possibilidade de punições no âmbito da Instituição, por fatos de natureza administrativa, através de sindicância, garantindo-se ampla defesa aos acusados. A penalidade de exclusão deverá ser homologada em assembleia do Corpo Clínico. Devem ser claramente mencionados os deveres de:

- Obediência ao Código de Ética Médica, ao Estatuto e ao Regimento Interno da Instituição;
- Assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício;
- Colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;
- Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática, em outra área diferente da que foi admitido deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para o ingresso no Corpo Clínico.
- Cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;

- Elaborar prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento;
- Colaborar com as Comissões específicas da Instituição.
- Deverá também o médico restringir sua prática à(s) área(s) para a(s) qual(is) foi admitido, exceto em situações de emergência.

Caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza, recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a Instituição.

No documento constarão pontos indispensáveis, como:

- Composição do corpo clínico;
- Competências, direitos e deveres do corpo clínico;
- Previsão da figura do Diretor Técnico e seu substituto, listando seus deveres, de forma clara e objetiva;
- Previsão da figura do Diretor Clínico e seu substituto, listando seus deveres, de forma clara e objetiva;
- Descrição de processo eleitoral para escolha da Direção Clínica e período do mandato;
- Descrição das convocações para as Assembleias do Corpo Clínico;
- Descrição das convocações para as Assembleias do Corpo Clínico;

O Regimento Interno (RI) a ser adotado será o conjunto dos dispositivos normativos elaborados de acordo com resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CRM-PA) que deve ser obrigatoriamente adotado pelas instituições de saúde, visando definir assuntos relacionados aos membros de seu Corpo Clínico e a relação dos médicos com a instituição onde exercem sua atividade profissional.

Difere do Estatuto Institucional, que é um regulamento definindo os diversos assuntos de interesse da instituição de saúde, com o objetivo de facilitar sua constituição e seu funcionamento, assegurando o fortalecimento de sua participação no processo de desenvolvimento econômico e social.

Para elaboração do Regimento Interno do Corpo Clinico devem ser consideradas as normas ético-administrativas próprias da instituição à luz do Código de Ética Médica e das resoluções do CFM e do CRM-PA.

Diferenças entre instituições privadas, filantrópicas, públicas (municipal, estadual ou federal), universitárias ou de ensino devem ser consideradas. A elaboração do RI deverá ser adaptada para prever questões regimentais sem, contudo, contrariar os dispostos nas resoluções do CFM e CRM-PA. Na sua redação, a palavra "Instituição" poderá ser substituída pela denominação específica.

A elaboração deve ser participativa, através da discussão entre os membros do Corpo Clínico, com encaminhamento da proposta inicial do RI ao CRM-PA para ajustes ou correções, finalizando com aprovação em Assembleia Geral do Corpo Clínico convocada especificamente para este fim e com a homologação posterior pelo CRM-PA.

Para esta homologação, o RI aprovado pelo Corpo Clínico deverá ser enviado ao CRM-PA junto com cópia da ata da assembleia, contendo identificação e assinatura dos médicos presentes.

Todo aspirante a membro do Corpo Clínico e os demais profissionais em atividade na instituição devem receber uma cópia do RI, assinando termo de recebimento, e orientações sobre a importância e a necessidade do conhecimento de seu conteúdo.

O Regimento Interno do Corpo Clínico do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** possui caráter legislativo para as atividades médicas e não pode ser confrontado com determinações administrativas específicas da instituição de saúde, conforme entendimento do CFM.

MINUTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I
Dos Princípios e Objetivos

Artigo 1º. Este Regimento da comissão de ética médica do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tem por objetivos disciplinar e normatizar as ações e relações dos médicos que utilizam as dependências da unidade no desempenho de suas atividades profissionais.

Artigo 2º. O do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é uma unidade pertencente à Rede Estadual de Saúde do Goiás e

encontra-se localizado no município de Goiânia, de natureza pública e gerida pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** em contrato firmado com a **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

Artigo 3º. O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tem como objetivo a prestação de assistência à saúde pública, estando sua estrutura disponibilizada para o exercício da atividade médica assistencial.

Artigo 4º. Os médicos pertencentes ao Corpo Clínico do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** têm o dever de prestar assistência ao seu paciente sem distinção de qualquer natureza, agindo com o máximo de zelo e capacidade profissional, em concordância com o Código de Ética Médica.

CAPÍTULO II
Do Corpo Clínico

Artigo 5º. O Corpo Clínico do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é composto por todos os médicos que nele trabalham, segundo as normas estabelecidas neste Regimento Interno.

Goiásgrafo único. Denomina-se Corpo Assistencial o conjunto dos profissionais da área de saúde, médicos e demais profissionais de nível superior, em atividade no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO .**

Artigo 6º. Os médicos do Corpo Clínico **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** se dividem nas seguintes categorias:

Membros Contratados: médicos que trabalham regular e assiduamente na instituição, internando e/ou atendendo seus pacientes, participando das reuniões clínicas e das demais atividades inerentes às suas funções, decorrentes de contrato de prestação de serviços por tempo previamente estabelecido, com possibilidade de prorrogação;

Membros Temporários: médicos que exercem suas atividades de forma esporádica ou por períodos de tempo definidos;

Goiásgrafo único. Outras modalidades poderão ser criadas, conforme a demanda da unidade, após análise da Comissão de Coordenação das Diretorias Clínicas e Comissões de Ética do Estabelecimento de Saúde.

Artigo 7º. A admissão de novos membros para o Corpo Clínico do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** constitui prerrogativa da administração e/ou da Diretoria Técnica da instituição, através de critérios previamente estabelecidos pela Superintendência Assistencial do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**.

CAPÍTULO III
Da Organização do Corpo Clínico

Artigo 8º. Os médicos que compõem o Corpo Clínico do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** se organizam nas seguintes especialidades*:

- Anestesiologia,
- Cardiologia,
- Cirurgia Geral,
- Clínica Pediátrica,
- Dermatologia,
- Geriatria,
- Endocrinologia,
- Ginecologia,
- Gastroenterologia,
- Mastologia,
- Nefrologia,
- Neurologia,
- Neurocirurgia,
- Obstetrícia de Alto risco,
- Oftalmologia,
- Oncologia,
- Ortopedia/Traumatologia,
- Otorrinolaringologia,
- Pediatria Clínica,
- Pneumologia,
- Plástica Reparadora,

- Reumatologia,
- Proctologia,
- Vascular (Varizes, Pé diabético, Implante de Port Cath e FAV), e
- Urologia

***Nota:** As especialidades poderão sofrer mudanças dependendo da avaliação e consideração da demanda após avaliação técnica quando do início da operação no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** e pactuação com a **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

Artigo 9º. O Corpo Clínico do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será coordenado pelo Diretor Clínico da unidade, ambos trabalhando em parceria com o Diretor Técnico.

Artigo 10º O Diretor Técnico e os Gerentes médicos serão escolhidos livremente pela administração do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** preferencialmente, entre os Membros do Corpo Clínico.

Artigo 11º. Cada serviço assistencial do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** terá um responsável técnico, escolhidos pela Diretoria Técnica da unidade.

Goiásgrafo Único. Os responsáveis técnicos se reportarão à Diretoria Técnica para assuntos assistenciais.

CAPÍTULO IV
Das Atribuições, Deveres e Direitos da Diretoria técnica e da Gerência médica

Artigo 12º. Compete ao Diretor Técnico:

I. assegurar as condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, com vistas ao melhor desempenho dos membros do Corpo Clínico do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** sempre em benefício da população atendida pelos seus serviços;
II. responsabilizar-se pela busca de profissionais para manter completa a escala de médicos plantonistas da unidade;
III. assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;

IV. assegurar o funcionamento adequado das demais comissões hospitalares em atividade na unidade e garantir a constituição das comissões que forem necessárias;

V. representar a instituição perante as autoridades médicas e sanitárias, quando o exigir a legislação em vigor;

VI. zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, inclusive as determinadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pelo Conselho Regional de Medicina (CRM-PA) e por este Regimento Interno;

VII. prestar esclarecimentos ao CRM-PA em relação a eventuais descumprimentos da legislação ética em vigor;

VIII. comunicar ao CRM-PA alterações na composição do Corpo Clínico quando da renovação do Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica;

IX. providenciar a inscrição da instituição e a renovação do certificado de inscrição junto ao CRM-PA, no prazo mínimo de 30 dias antes do vencimento;

X. zelar pela publicidade da instituição de acordo com resoluções específicas do CFM;

XI. comunicar ao CRM-PA, por escrito, ao assumir ou deixar o cargo definitivamente.

Artigo 13º. São atribuições do Gerente Médico:

I. supervisionar e gerenciar as atividades de sua clínica;

II. organizar as escalas de plantão, as escalas de férias e promover as substituições em sua área de responsabilidade, dando ciência ao Diretor Técnico;

III. estabelecer as escalas de atendimento aos pacientes conveniados pela instituição entre os membros de sua clínica;

IV. Gerenciar a elaboração pela clínica das rotinas e dos protocolos de atendimento médico;

V. promover reuniões administrativas, assistenciais e científicas de sua clínica de forma regular e periódica com o objetivo de melhor organizar os trabalhos e estimular o conhecimento científico.

VI. Artigo 15. O médico, quando investido em função de diretor, gerente, coordenador ou outro cargo de chefia, deve pautar-se pelos princípios éticos de respeito, consideração e solidariedade para com os colegas, sempre buscando o interesse e bem-estar do paciente, sem, contudo, deixar de denunciar ao CRM atos que contrariem os postulados éticos.

Goiásgrafo Único. Tem ainda o dever de assegurar os direitos dos médicos e a demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

CAPÍTULO V

Dos Deveres e Direitos dos Membros do Corpo Clínico

Artigo 14º. São deveres dos membros do Corpo Clínico:

I. prestar atendimento médico aos pacientes assistidos na unidade com ética, respeito e consideração, utilizando-se do melhor de seus conhecimentos, sempre pautado pelos princípios morais e da ética médica e pelos preceitos técnico-científicos em vigor;

II. elaborar adequadamente os prontuários médicos ou fichas de atendimento de todos os pacientes sob seus cuidados, realizando as evoluções e as prescrições de forma legível, identificadas e datadas cronologicamente, assinando e identificando-se como responsável pelo atendimento, tudo isso visando à elucidação do caso, a possibilidade de acompanhamento por outro médico e o entendimento por parte dos demais profissionais de saúde da instituição quando da participação destes no atendimento ao paciente, conforme estabelecido em resolução específica do CFM;

III. assumir a responsabilidade pelos atos praticados quando do exercício da atividade médica na instituição;

IV. orientar sua atividade profissional de acordo com o estabelecido pelo Código de Ética Médica, pelas resoluções do CFM e do CRM-PA, por este Regimento Interno e pelas normas internas institucionais;

V. aprimorar continuamente seus conhecimentos éticos e técnico-científicos com vistas ao benefício do paciente e ao seu crescimento profissional;

VI. colaborar com os demais médicos no atendimento ao paciente, no desenvolvimento das atividades hospitalares e no aprimoramento ético e técnico-científico destes;

VII. respeitar e colaborar com os demais profissionais da instituição, visando o aperfeiçoamento do atendimento ao paciente e a melhoria das condições de trabalho;

VIII. acatar as orientações da Comissão de Revisão de Prontuário, conforme resolução do CFM;

IX. Acatar as determinações das demais comissões hospitalares em funcionamento na instituição;

X. Observar os horários estabelecidos para a realização de procedimentos, conforme os regulamentos dos setores da instituição;

XI. oferecer, previamente à realização dos procedimentos médicos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pacientes a serem atendidos e solicitar-lhes a autorização por escrito;

XII. transferir pacientes sob seus cuidados de forma escrita e verbal, elaborando relatório de transferência e registrando a transferência em prontuário médico;

XIII. reassumir a responsabilidade pelo paciente para o qual solicitou avaliação de outro colega;

XIV. resguardar para si ou para o Diretor Técnico os comentários sobre condutas médicas dos membros do Corpo Clínico.

Artigo 15º. São direitos dos membros do Corpo Clínico:

I. frequentar as instalações da instituição e utilizar todos os recursos técnicos e os meios de diagnóstico e de tratamento disponíveis em benefício dos pacientes assistidos. O uso dos equipamentos e instrumentos destinados ao atendimento médico e a prescrição de medicamentos poderão ter restrições de acordo com normas relativas à qualificação e treinamento dos membros do Corpo Clínico e ser limitados pela normatização dos Protocolos Assistenciais de cada clínica e pelos Protocolos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

II. Exercer sua atividade profissional com autonomia, isenta de interferência, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e normas existentes na unidade e os protocolos clínicos implantados;

III. participar das Assembleias Gerais do Corpo Clínico, quando convocado, votar e, conforme sua categoria, ser votado nas eleições;

IV. comunicar aos órgãos diretivos, à Comissão de Ética Médica e, em última instância ao CRM-PA, falhas na organização, nos meios, na execução e na normatização das atividades da assistência prestada aos pacientes na instituição;

V. participar das comissões permanentes e temporárias da unidade;

VI. recomendar à Direção Técnica e à Assembleia do Corpo Clínico a admissão de novos membros;

VII. suspender as atividades médicas, individual ou coletivamente, quando a instituição não oferecer condições adequadas para o exercício profissional, ressalvadas situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente ao Diretor Técnico e ao CRM-PA;

VIII. recorrer ao CRM-PA quando se julgar prejudicado em decisões de qualquer natureza, internas ou externas ao hospital;

IX. Manter os horários de plantão e/ou de atendimento médico previamente estabelecidos, com prioridade de escolha do horário pelo membro do Corpo Clínico com maior tempo de trabalho na instituição;

X. Ser suspenso ou excluído da instituição somente após cumpridas as normas estabelecidas no capítulo VIII deste regimento.

CAPÍTULO VI
Das Penalidades

Artigo 16º. O membro do Corpo Clínico que comete um ilícito no desempenho de suas atividades médicas poderá responder pelo ato nas instâncias civil, penal e administrativa. Essas

responsabilidades possuem características próprias, sofrendo gradações de acordo com as situações que podem se apresentar, como condutas irregulares ou ilícitas no exercício das atividades funcionais. Dessa forma, havendo transgressão estabelecidas neste regimento interno dará margem as penalidades previstas legalmente.

Sessão I
Da Responsabilidade Administrativa

Artigo 17º. O processo das infrações do presente nesta sessão obedecerá ao disposto neste Regimento Interno e no CFM, no que lhe for aplicável. Nesse sentido, o cometimento de infrações funcionais do membro do Corpo Clínico, por ação ou omissão praticada no desempenho do cargo ou função, gera a responsabilidade administrativa no âmbito desta Instituição.

Artigo 18º. Será passível de punição o membro do Corpo Clínico que:

I. Descumprir as disposições do Código de Ética Médica;
II. Desrespeitar o presente Regimento;
III. Desrespeitar as Normas Técnicas da unidade especialmente, mas não se limitando, as Diretrizes e Protocolos Clínicos;
IV. Desrespeitar qualquer colaborador, contratado terceirizado, paciente ou acompanhante nas dependências da unidade. Violar o sigilo médico trazendo danos, de qualquer natureza, a unidade ou a paciente, salvo por disposição legal;
V. Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave (DO CAPÍTULO III DO ART. 8° CFM);
VI. Praticar atos que violem a imagem da unidade. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento (DO CAPÍTULO III DO ART 9 CFM);
VII. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina (DO CAPÍTULO III ART. 19 CFM).

Artigo 19º. Ao tomar conhecimento de falta praticada pelo membro do Corpo Clínico cabe ao Diretor Técnico junto com a Administração da unidade, apurar o fato, aplicando a penalidade porventura cabível por meio da assinatura de um termo de responsabilidade de conduta.

Artigo 20º. As penas disciplinares aplicáveis pela Instituição aos membros serão com base na Lei 3268/57, bem como o presente Regimento Interno, conforme dispõem:

I. Advertência verbal ou escrita;
II. Suspensão temporária das atividades por até 30 (dias);
III. Exclusão do Corpo Clínico.

§ 1° A imposição das penas dependerá da gravidade da infração.

§ 2° A aplicação da pena de Advertência por três vezes sujeitará o Membro do Corpo Clínico à Suspensão.

§ 3° Diante da gravidade dos fatos, a Administração do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** deverá aplicar imediatamente a pena de suspensão, impossibilitando que o Membro do Corpo Clínico continue atuando na unidade até o término da apuração dos fatos.

§ 4° A depender da gravidade dos fatos, a Administração do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** aplicará a pena de Exclusão do Corpo Clínico.

Artigo 21º. Casos omissos, não previstos no presente Regimento, não relacionados às normas administrativas da unidade serão dirimidos pelo seu Diretor Técnico.

Goiásgrafo único. Casos omissos, não previstos no presente Regimento, relacionados a aspectos éticos serão dirimidos pela Comissão de Ética Médica.

Sessão II
Da Responsabilidade Civil

Artigo 22º. Responde civilmente o membro do Corpo Clinico que causar danos ao paciente ou a unidade decorrente da sua atividade profissional, regulamentado no Regimento interno e no Código Civil.

Artigo 23º. A responsabilidade civil do médico consiste no ressarcimento dos prejuízos causados ao paciente através de indenização pelo ato praticado. Dentre eles:

I. Causar dano ao paciente ou a unidade, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência (DO CAPÍTULO III ART. 1 DO CFM).

Goiásgrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida. O Código Civil ao tratar do assunto alude "Art. 951. O disposto nos Arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho".

Sessão III
Da Responsabilidade Penal

Artigo 24º. A responsabilidade penal do membro do Corpo Clínico decorre da prática de infrações penais e sujeita o médico a responder a processo. A responsabilidade penal é decorrente das áreas do Direito Penal e Processual Penal, cuja aplicação da penalidade deve ser definida pelo Poder Judiciário nos casos de conduta dolosa ou culposa, sem possibilidade de haver hipóteses de responsabilidade objetiva.

Artigo 25º. Cometerá crime o membro do Corpo Clínico que:

I. Apresentar informações falsas no ato do credenciamento (CRIME DE FALSIDADE IDEOLÓGICA ART. 299 CPB);
II. Violar o sigilo médico trazendo danos, de qualquer natureza, o HRPC ou a paciente, salvo por disposição legal (CRIME DE VIOLAÇÃO DO SEGREDO PROFISSIONAL ART. 154 CPB);
III. Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória (CRIME DE OMISSÃO DE NOTIFICAÇÃO DE DOENÇA CONTAGIOSA ART. 269 CPB).
IV. Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites (CRIME DE EXERCICIO ILEGAL DA MEDICINA ART. 282 CPB);
V. Dar o médico, no exercício da sua profissão, atestado falso (CRIME DE FALSIDADE DE ATESTADO MÉDICO DO ART. 302 DO CPB).

CAPÍTULO VII
Das Disposições Gerais

Artigo 26º. Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Diretor Técnico.

Artigo 27º – Este Regimento Interno do Corpo Clínico entra em vigor a partir da data de validação e publicação e revoga, expressamente, quaisquer documentos similares publicados anteriormente.

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO
Goiás – PA, XX de XXXXXXXXX de 2023

3.9. Projeto de Tecnologia da Informação

Os hospitais são um dos principais ambientes onde ocorrem o desenvolvimento e a adoção de novas tecnologias, notórios, portanto, como serviços intensivos em conhecimento (SIC). Assim, iniciaremos os estudos desta unidade compreendendo como se dá a incorporação das tecnologias da informação e comunicação (TIC) nos serviços de saúde, com destaque para a informatização na gestão hospitalar. Veremos que, a partir de 2004, com a instituição da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), passou a haver maior preocupação com a capacitação de profissionais e usuários dos serviços de saúde para o uso das tecnologias. Também os sistemas de informação (SI) em saúde, que, de maneira genérica, podem ser classificados em sistemas limitados quanto ao objetivo e ao escopo, sistemas de informação hospitalar e sistemas corporativos de informação em saúde.

Por fim, conheceremos um pouco a respeito da automação da gestão hospitalar e da automação de fluxos e processos hospitalares. Dando sequência aos nossos estudos, conheceremos mais de perto duas das principais tecnologias emergentes em saúde. A primeira delas é o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), cujo advento representou uma grande inovação, na medida em que, dentre outras vantagens, contribuiu para reduzir tanto o custo quanto o tempo do atendimento nos serviços de saúde e facilitou a organização das informações e o acesso a elas. A segunda é o Business Intelligence (BI), que reúne aplicações cuja função é organizar e estruturar dados de transação de uma organização. A análise desses dados propiciará à empresa melhorias em suas operações e no suporte às tomadas de decisão.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** discorrerá sobre a incorporação das tecnologias da informação e comunicação (TIC) nos serviços de saúde, envolvendo as diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) e sobre como se dá o uso das ciências da informação em ambientes hospitalares, a automação da gestão hospitalar e a automação de fluxos e processos hospitalares, bem como as tecnologias emergentes em saúde: o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o Business Intelligence (BI).

À vista disso, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** adotará o **Prontuário Eletrônico Único do Usuário no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** 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 (Médicos, equipe de Enfermagem, equipe de Fisioterapia, equipe de Nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam).

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** disporá de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemplem no mínimo:

- Marcação de consultas,
- Exames complementares,
- Controle de estoques (almoxarifado, farmácia e nutrição),
- Sistema de custos,
- Prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a resolução cfm nº. 1.639/2002),
- Serviços de apoio e relatórios gerenciais.

Esse sistema de informática deve permitir ao Órgão Fiscalizador do Contrato/ **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO)** o acesso remoto via Internet (WEB) às informações assistenciais, financeiras e demais indicadores especificados no Contrato de Gestão.

Dentre os aspectos positivos da implantação do PEP, destacam-se

- Melhoria do acesso e da qualidade das informações, organização das tarefas e facilidades no monitoramento do paciente, contribuindo para melhoria da qualidade na assistência prestada ao indivíduo;
- Ganhos no conteúdo das informações e redução de custo no manuseio de prontuários em papel, além de agilizar o acesso às informações;
- Melhoria na comunicação entre a equipe multiprofissional, diminuição do tempo gasto em documentar as informações e erros, otimização no acesso a informação e aumento tempo para o cuidado direto e favorecimento para realização de pesquisas clínicas;
- Redução na repetição de exames, precisão no controle de retornos ao pronto-socorro; sintetização do trabalho da enfermagem num mapa de trabalho que, a cada trinta minutos, mostra aos funcionários quais são os pacientes que tem horário de medicação para aquele intervalo; acompanhamento online do atendimento médico pela direção do hospital; integração das consultas e atendimentos ao setor de contas médicas e ao faturamento, gerando controle imediato sobre os atendimentos;
- Melhoria geral da qualidade da gestão em saúde, pois racionaliza o trabalho, otimiza os custos e melhora a qualidade do atendimento.

Organização e Integração Tecnológica

A Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) pode ser definida como um conjunto de recursos tecnológicos integrados entre si, que proporcionam, por meio das funções de hardware e software e telecomunicações, a automação e comunicação dos processos de negócio, a pesquisa, o ensino e o aprendizado contínuo.

A TIC associa a informação e a comunicação necessária para o processamento de dados, em particular através da combinação do uso de computadores e softwares, para processar, converter, armazenar, organizar, proteger, transmitir e recuperar informações de forma ampla, contínua e ágil. A TIC está fundamentada nos seguintes componentes:

- Hardware e seus dispositivos periféricos;
- Software e seus recursos;
- Sistemas de telecomunicações;
- Serviços e SLA;
- Gestão de dados e informações;
- Processos;
- Segurança da Informação.

A Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) é um agente para a execução dos objetivos institucionais. A crescente diversidade e complexidade das soluções tecnológicas aliada às mudanças no ambiente de negócios, exige da gestão de TIC uma visão de futuro que seja ao mesmo tempo flexível, para se adaptar às mudanças, e rígida o suficiente para obter os benefícios da melhoria contínua e acumulação de conhecimento gerenciável, visando o maior nível de alinhamento das necessidades do negócio.

A área de TIC é considerada estratégica para suportar e alavancar o negócio da instituição, alcançar objetivos e atingir as metas estabelecidas pela **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO),** bem como contribuir para o fortalecimento do SUS.

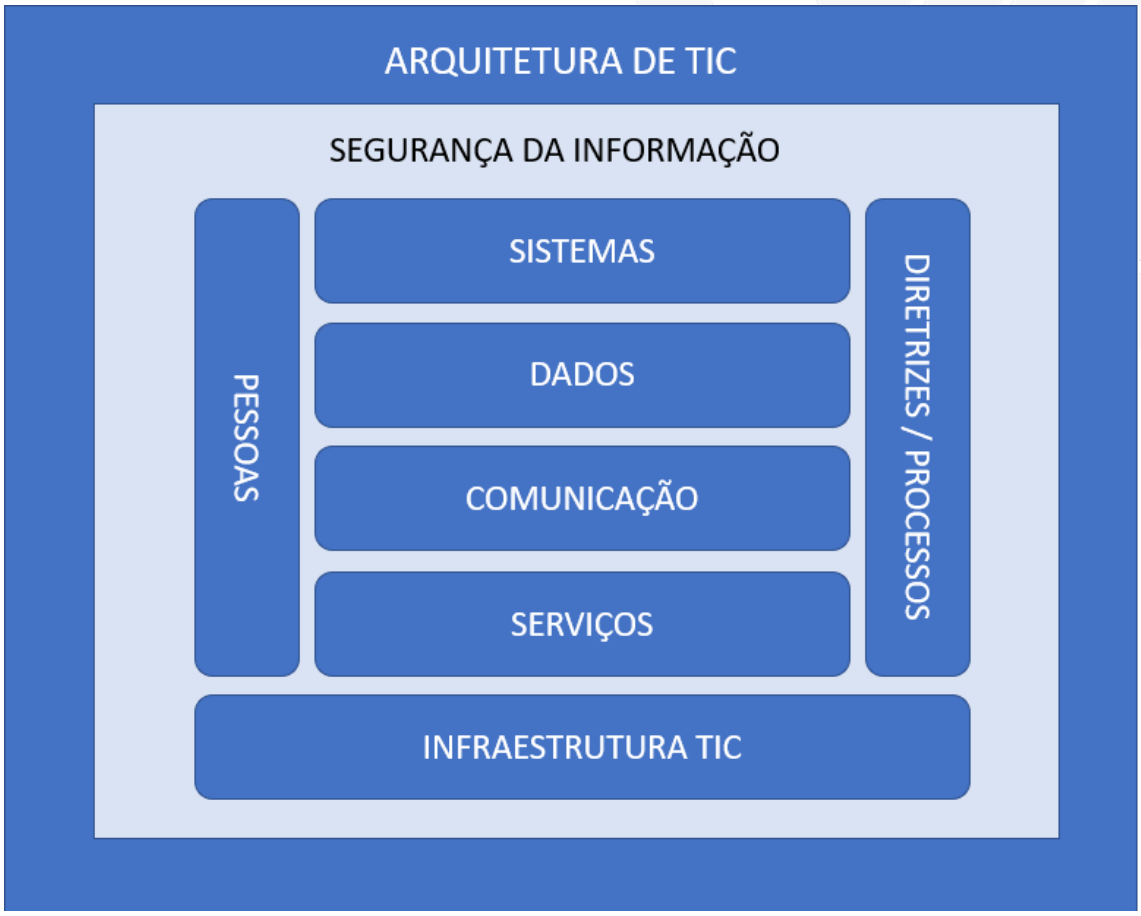
Para estruturar, manter e incrementar as ações e serviços de saúde em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, diretrizes e programas da **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO),** o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** possui uma área de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) robusta e ágil, com processos, metodologias e políticas bem definidas.

A TIC permeará o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** com profissionais qualificados e capacitados com as melhores práticas

de mercado e disponibilizará uma estrutura tecnológica com alta disponibilidade, performance e segurança.

Organização da Tecnologia da Informação e Comunicação

ARQUITETURA DE TIC



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

O objetivo principal da Arquitetura de TIC é projetar e fornecer soluções de alto valor agregado ao negócio através da estruturação de processos alinhados às diretrizes e políticas atribuídas pela **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO)**, envolvendo pessoas e tecnologia com disponibilidade e segurança.

SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

A segurança da informação está relacionada com a proteção de toda e qualquer informação que seja trafegada e esteja armazenada virtualmente e que possuem valor para o

negócio, onde todos os esforços são pautados em ações que objetivam mitigar riscos e maximizar a disponibilidade do ambiente tecnológico. A segurança da informação permeia toda a arquitetura de TIC.

A Arquitetura de TIC é composta pelas seguintes dimensões:

- **PESSOAS**

A dimensão de Pessoas trata dos indivíduos de uma organização e indivíduos externos, suas atividades e responsabilidades. A organização é composta por indivíduos que realizam atividades organizacionais apoiadas por um ambiente de TIC. Logo, torna-se necessário definir o perfil dos usuários, o workflow dos processos e a segurança de acesso das informações produzidas. Nesta dimensão pessoas são todos os indivíduos que permeiam o negócio, sejam eles internos ou externos à instituição.

- **SISTEMAS**

A dimensão de sistemas compreende um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informações de forma organizada e estruturada para tomada de decisão. Nesta dimensão teremos os sistemas sejam interrelacionados ou não, mas que de alguma forma contém informações relevantes para o negócio.

- **DADOS**

Esta dimensão representa toda e qualquer informação que trafega e é armazenada virtualmente de forma organizada e estruturada através de soluções tecnológicas e que tenham relevância para o negócio. Os dados são armazenados em modelos de dados físicos como tabelas em um banco de dados ou estrutura de arquivos. Os dados são de extrema importância para as tomadas de decisões.

- **COMUNICAÇÃO**

Esta dimensão é composta pelos meios físicos e virtuais que são responsáveis pelo transporte das informações. Esta perspectiva é composta pelas redes de dados físicas, links de dados e voz.

- **SERVIÇOS**

Nesta dimensão temos todas a atividades que são realizadas pelos profissionais de TIC que estão organizadas e estruturadas em um portfólio de TIC delineados pelos processos e diretrizes do negócio. Os serviços de TIC permeiam as dimensões de sistemas, dados, comunicação e infraestrutura de TIC.

- **INFRAESTURUTA DE TIC**

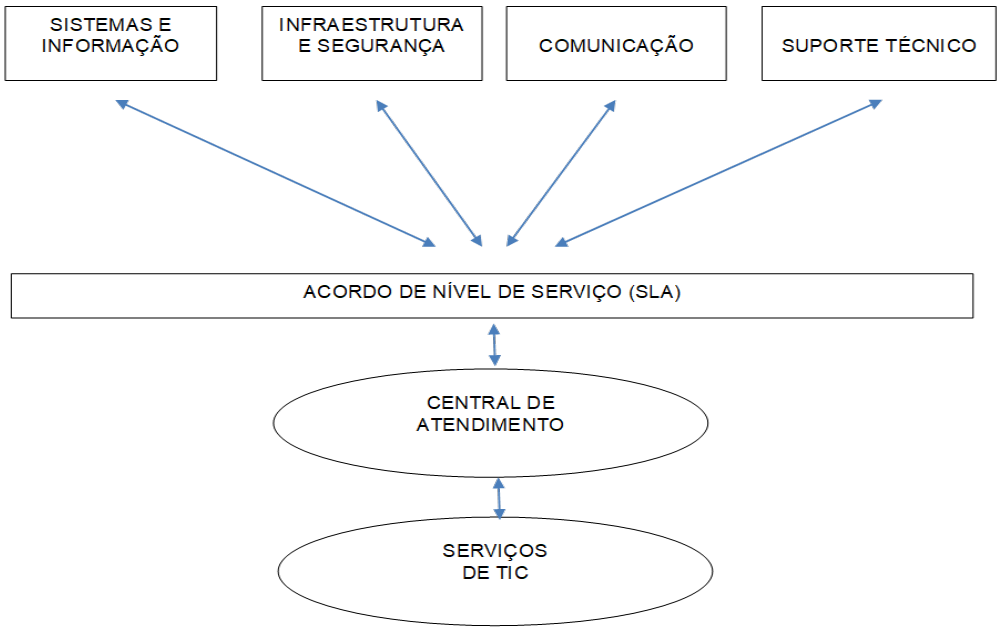
Esta perspectiva é composta por todos os componentes necessários para executar e gerenciar os ambientes de TIC. Esses componentes incluem hardware, software, redes, links de comunicação, além de sistemas operacionais e armazenamento de dados. Todos eles são usados para fornecer serviços e soluções de TIC.

- **DIRETRIZES / PROCESSOS**

Nesta perspectiva temos todos os processos, direcionamentos, diretrizes e políticas definidos para o negócio. Através do conjunto de processos e diretrizes estabelecidos são definidas as soluções tecnológicas e como serão prestados os serviços de TIC.

- **MACROPROCESSO DE TIC**

Visando que não haja solução de continuidade, do ponto de vista tecnológico e de comunicação, estruturou-se um processo que terá como objetivo prover a sustentabilidade da Tecnologia da Informação e Comunicação através da aplicação de modelos e melhores práticas de mercado.



Fonte: Instituto Saúde e Cidadania – ISAC

- **SISTEMAS E INFORMAÇÃO**

Prover sustentação aos sistemas utilizados, administração de dados e business intelligence, implantação de novos sistemas, integrações necessárias, levantamento de requisitos e análises de aderência sistemas/processos.

- **INFRAESTRUTURA E SEGURANÇA**

Prover e gerenciar os recursos tecnológicos que suportam os sistemas e serviços de TIC, compreendendo os serviços de infraestrutura de rede, segurança da informação/dados, servidores, ambiente virtualizado, armazenamento de dados, infraestrutura de aplicações e banco de dados, objetivando maior segurança e disponibilidade dos serviços.

- **COMUNICAÇÃO**

Prover a gestão e suporte para infraestrutura de comunicação envolvendo links de comunicação, redes de dados e voz objetivando maior disponibilidade e performance dos recursos disponíveis.

- **SUPORTE TÉCNICO**

Efetuar atividades de suporte técnico, de 1°, 2° e 3° níveis, em equipamentos de microinformática (microcomputadores, notebooks e impressoras) e rede (switch, hub, roteador, cabeamento), aplicativos e sistemas utilizados, além do registro e acompanhamento de incidentes.

- **CENTRAL DE ATENDIMENTO**

Responsável por fornecer um serviço de assistência aos usuários, de modo que o atendimento seja feito com a maior qualidade e agilidade possível dentro das possibilidades existentes. Responsável pela satisfação das necessidades dos usuários, seguindo as diretrizes estratégicas da instituição e **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO).**

Principais ações realizadas pela Central de Atendimento:

- Receber as solicitações de atendimento técnico, servindo como ponto único de contato com os usuários de serviços de tecnologia da informação e comunicação;
- Registrar todas as requisições de serviços, incidentes e eventos por meio de Solução Informatizada de Atendimento;
- Realizar a triagem e categorização das solicitações e encaminhar para equipe de atendimento conforme priorização estabelecida;
- Informar e manter contato com o solicitante durante toda a tratativa da solicitação até o seu encerramento;
- Realizar o gerenciamento dos serviços de TI, medindo e reportando para as equipes a performance dos serviços entregues aos usuários;
- Executar os atendimentos com base nos acordos de níveis de serviços definidos;
- Acompanhar e controlar o andamento do processo de atendimento até a completa solução da solicitação.

ACORDO DE NÍVEL DE SERVIÇO (SLA)

O SLA é uma série de pontos acordados entre quem fornece e quem contrata determinado tipo de serviço, em que são estabelecidos prazos, condições para o fornecimento e especificações em relação ao que foi contratado e espera-se que seja entregue.

O SLA agrega valor ao serviço prestado, porque demonstra a preocupação do fornecedor com qualidade, eficiência e satisfação do cliente. O SLA funciona como uma espécie de garantia de que o nível de serviço prestado atende as necessidades do negócio. Isso porque todas as condições estarão descritas e previstas em um documento.

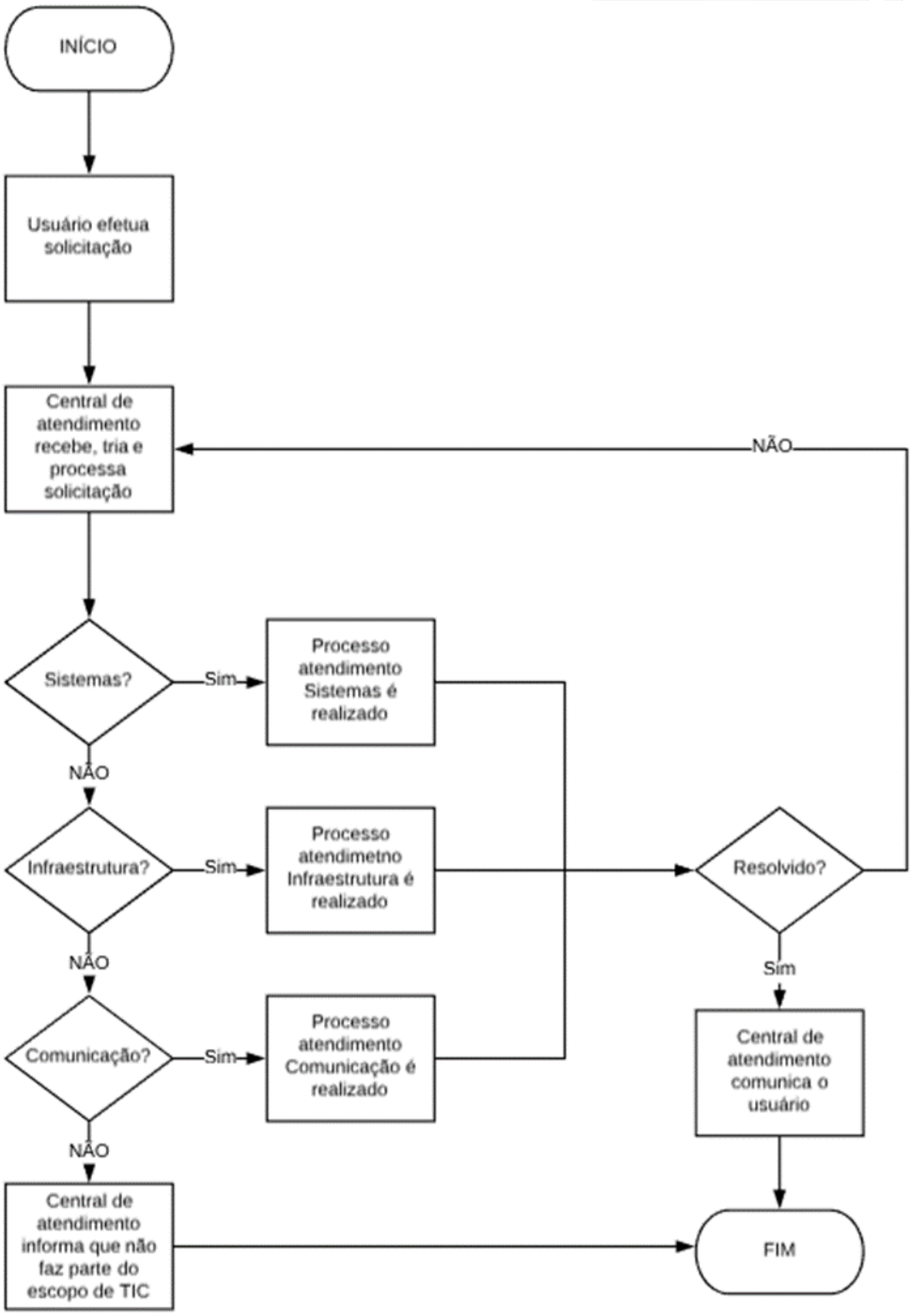
A Central de Atendimento deverá proceder os serviços de atendimento visando atender o seguinte parâmetro:

Atendimento 24 horas, todos os dias		
HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO		
PRIORIDADE	**PRIMEIRO ATENDIMENTO**	**TEMPO SOLUÇÃO**
CRÍTICO	**até 15 min**	**até 4 hs**
SEMI-CRÍTICO	**Até1 h**	**até 8 hs**
NÃO-CRÍTICO	**até 8 hs**	**até 24 hs**

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

OBS: o SLA de atendimento pode ser alterado conforme necessidades e diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO).**

FLUXO DE ATENDIMENTO DE TIC



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Para prestar serviços com agilidade, qualidade e melhoria contínua a TIC adotará as melhores práticas de mercado no seu gerenciamento e operacionalização. Utilizaremos o **ITIL** (Information Technology Infrastructure Library) que é um conjunto de boas práticas, mundialmente utilizado, onde aplicaremos no gerenciamento de serviços de tecnologia da informação e comunicação.

A metodologia de trabalho da ITIL mantém todo o ciclo conectado o tempo inteiro, fazendo com que as novas entradas e atualizações conversem sempre entre si.

A ITIL sugere que o gerenciamento das atividades de TI seja organizado a partir do ciclo de vida dos serviços.

Principais vantagens de implantar a ITIL são:

- Visão holística dos processos de TIC;
- Redução de custos, com processos mais dinâmicos;
- Padronização dos serviços de TIC;
- Controle rigoroso de cada etapa dos serviços de TI;
- Aumento do rendimento da área de TIC;
- Diminuição de prazos nas entregas de TIC;
- Redução da ociosidade dos envolvidos nos processos;
- Facilidade para identificar falhas e pontos melhoria, para que dessa forma sejam promovidas atualizações no processo;
- Divisão mais clara de papéis dentro dos processos de TIC;
- Maior segurança nas entregas dos serviços de TIC.

Suporte Técnico

O suporte técnico a todos os serviços de TIC serão prestados por profissionais capacitados e treinados, objetivando maximizar a agilidade e qualidade dos serviços prestados.

Os profissionais de suporte serão demandados pela Central de Atendimento e pautados pelos acordos de níveis de serviços (SLAs) estabelecidos no negócio.

Indicadores de Desempenho

Os indicadores de desempenho servem para que a instituição possa visualizar a performance de cada área, como forma de acompanhar os objetivos traçados pelo planejamento, analisando o que já foi alcançado e o que precisa ser ajustado para atingir as metas.

Os serviços serão medidos com base em indicadores e metas exigidas, referentes a solicitações de suporte presencial e remoto, disponibilidade da infraestrutura e segurança da informação conforme apresentado na tabela a seguir:

ITEM	INDICADORES DE NÍVEIS DE SERVIÇO	FÓRMULA DE CÁLCULO	META
1	Índice de solicitações atendimento atendidas no prazo (SLA) especificado	(Total de solicitações atendidas no prazo / Total de solicitações recebidas) X 10	>=80% (oitenta por cento)
2	Índice de solicitações de atendimento (SLA) resolvidas no prazo especificado	(Total de solicitações resolvidas no prazo / Total de solicitações recebidas) X 100	>=80% (oitenta por cento)
3	Índice de Disponibilidade dos Sistemas	(Total de horas paradas / Total de horas do mês) X 100	>=99% (noventa e nove por cento)
4	Índice de disponibilidade dos links de comunicação	(Total de horas paradas / Total de horas do mês) X 100	>=99% (noventa e nove por cento)
5	Índice de rotinas de backup realizadas com sucesso	(Total de rotinas de backup com sucesso/total de rotinas de backup) x 100	=100% (cem por cento)
6	Índice de satisfação do usuário com o serviço prestado	(Total de respostas da pesquisa de satisfação que consideram o atendimento ótimo ou bom / Total de respostas da pesquisa de satisfação) X 100	>= 80% (oitenta por cento) das respostas

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Sistema de Gerenciamento de Ativos TIC

A Instituição adotará solução informatizada para os ativos de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) onde proporcionará gestão completa.

SISTEMA GERENCIAMENTO DE SOLICITAÇÕES DE ATENDIMENTO TÉCNICO TIC

Será utilizado um Sistema de Gerenciamento de Solicitação de Atendimento Técnico onde os usuários poderão abrir e acompanhar seus chamados, os técnicos de TIC irão evoluir seus atendimentos e a Central de Atendimento irá gerenciar todo o clico de vida dos atendimentos técnicos.

O Sistema é aderente às melhores práticas do ITIL e possui as seguintes funcionalidades:

- Abertura de chamado pelo usuário com credencial de acesso individual (usuário/senha);
- Abertura de chamado pelo Web (não necessita instalar aplicativo local);
- Workflow: uma sequência de passos necessários para se automatizar os processos;
- Vínculo Pai/Filho: vínculo de chamados semelhantes associados ao mesmo incidente/problema, podendo ser tratados todos de uma única vez;
- Central de Serviços Compartilhados: pode ser utilizado para gerenciar chamados de outras áreas, centralizando as solicitações;
- Catálogo de serviços: ferramenta que reúne todos os serviços que a área de tecnologia da informação oferece e as principais informações sobre eles;
- SLA Funcional: Defina, monitore e controle os acordos de níveis de serviços (SLAs) durante todo o ciclo de vida do chamado, com base em requisitos previamente definidos nas estratégias de negócios;
- Pesquisa de Satisfação: possui ferramenta de pesquisa de satisfação que pode ser personalizada e configurada de acordo com a necessidade;
- Mobile/APP: poderá abrir, acompanhar e fechar os chamados por dispositivos móveis;
- Dashboards: possibilita acompanhar através de gráficos a situação do seu Help Desk em tempo real;
- Abertura de chamados por e-mail: possível criar tickets através de envio de e-mail do usuário para a Central de Atendimento e automaticamente este e-mail se tornará uma solicitação rápida para atendimento diretamente no grid de solicitações;
- Relatórios gerenciais/operacionais: possui um gerador de relatórios dinâmico para apoiar na extração de informações gerenciais e operacionais;
- Base de conhecimento: ajudará a estabelecer um padrão de resposta para os chamados e diminuir o tempo da solução de incidentes/problemas;
- Gestão de Mudanças: Um procedimento chave que formaliza a sistemática de identificar falhas reais ou potenciais e materializá-las em oportunidades de melhoria;
- Chamado programado: possibilita deixar chamados pré-agendados para serem executados posteriormente;

- Painel de recados: possibilita aviso para usuários quando da abertura da ferramenta;
- Auditoria de chamado: poderá acompanhar tudo o que aconteceu no ciclo de vida dos chamados;
- Gestão do tempo: controle do tempo dispensado em cada chamado.
- RAT: emissão de relatório de atendimento técnico;
- Acesso: possibilita acesso remoto para atendimento dos chamados;
- Chat: possibilita a interação com a equipe ou os usuários de forma rápida e eficiente;
- Assinatura digital: possibilita a assinatura do atendimento pelo usuário na tela do dispositivo móvel;
- API integração: possibilidade de integração com outros sistemas.

Infraestrutura de TIC

A infraestrutura desenhada e dimensionada objetiva proporcionar a maior disponibilidade e usabilidade possível dos serviços de TIC, para tanto elencamos os principais pontos que teremos:

- Links de dados com alta performance e disponibilidade;
- Firewall de proteção entre o ambiente virtual externo e interno;
- Servidores redundantes para atender a criticidade do negócio;
- Ambiente de armazenamento (storage) seguro e com alta performance;
- Solução de backup robusta para proteger os dados e informações;
- Pontos de WI-FI para atender as necessidades e demandas do serviço.

TELEFONIA (VOZ)

Na telefonia utilizaremos Tecnologia Digital DDR (DISCAGEM DIRETA A RAMAL) /Voz sobre IP e gerenciamento dos custos através de solução informatizada. DDR é um serviço avançado de comunicação de voz, onde cada acesso digital funciona como uma linha direta, tanto para ligações internas quanto externas.

Benefícios e propriedades da solução:

- Segurança e sigilo total das ligações, pois não é permitido escuta externa;
- Agilidade no atendimento, pois cada funcionário tem seu próprio acesso digital;
- Economia de custos, através da comunicação interna dos funcionários, via acesso digital;

- Qualidade digital para fazer e receber ligações sem ruídos e cortes;
- Gerenciamento 24 horas: a rede telefônica é gerenciada em tempo real pelo CEOS – Centro de Operações e Supervisão, que garante segurança e qualidade na comunicação das empresas;
- Exclusividade: canal de 2Mbps dedicado às ligações de sua empresa;
- Controle, através da medição de tráfego em minutos, permitindo melhor acompanhamento da utilização dos serviços;
- Identificação de Chamadas.

Política de Utilização dos Recursos de TIC

Objetivo

Delinear e disciplinar a utilização aceitável dos recursos de tecnologia da informação e comunicação e aumentar a segurança da informação. A utilização inapropriada dos equipamentos computacionais, meios de comunicação, sistemas/aplicativos torna o ambiente vulnerável à atuação de hackers/crackers, contaminação por vírus e malwears e principalmente compromete a segurança da informação.

Público-alvo

Colaboradores, prestadores de serviços, consultores, auditores e todos que fizerem uso de recursos de tecnologia da informação e comunicação e tiverem acesso a informações nas dependências das unidades de saúde.

Recursos de Tecnologia da Informação

São considerados recursos de tecnologia da informação todo meio computacional, meio de comunicação/telecomunicação colocado à disposição nas unidades de saúde ou de forma externa (via acesso remoto) para o exercício das atividades profissionais pertinentes a função exercida dentro da instituição. Estes recursos incluem, mas não se limitando a: computadores, estações de trabalho, notebooks, tablets, smartphones, servidores, impressoras, mídias de armazenamento (fixas e removíveis), sistemas operacionais, sistemas corporativos, aplicativos, programas de computador, utilitários, arquivos, redes de comunicação voz/dados (LAN, Wireless, Link de rádio, Links dedicados, VPNs, celulares, telefones fixos, etc...), contas de rede que permitem acesso a rede, e-mail, internet/intranet/extranet/FTP. Todos esses recursos são de propriedade da **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO).**

Informação

Informação é um termo que pode assumir muitos significados, mas podemos definir como: qualquer informação ou dado que foi obtido, gerado, utilizado, acessado, recebido, transmitido, processado, modificado. As informações podem ser obtidas de várias formas: da forma falada, da forma escrita, da forma eletrônica, da forma digital ou da forma ótica. A informação pode ter conteúdo médico, científico, técnico, administrativo, estratégico e financeiro, podendo ser classificada como confidencial ou não-confidencial.

Diretrizes para utilização dos recursos tecnológicos

a) Os recursos tecnológicos, meios e as informações são de propriedade exclusiva da **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO)** e devem ser utilizados pelos destinatários única e exclusivamente para o desempenho de suas funções e atividades profissionais, visando atingir as metas e objetivos corporativos e contrato de gestão. A utilização dos meios e dos recursos tecnológicos para fins particulares, não relacionados às atividades de trabalho não é permitido.
b) As informações disponibilizadas e obtidas nas dependências devem ser utilizadas exclusivamente para atividades correlatas ao trabalho, sendo vedado seu uso inadequado. Não é permitido sua divulgação, cópia, adulteração, gravação, reprodução ou destruição.
c) O usuário deverá zelar pelo uso de sua "conta de usuário/senha" de acesso à rede, e-mail, internet/intranet/extranet, FTP, sistemas. A "conta de usuário/senha" é de uso exclusivo e intransferível. Fica vedado a utilização de "conta de usuário/senha" que não seja a sua própria.
d) Zelar por toda e qualquer informação armazenada na rede corporativa contra alteração, destruição, divulgação, cópia e acessos indevidos.
e) Guardar sigilo das informações obtidas na unidade, mantendo-as em caráter restrito.
f) É vedado aos usuários dos recursos tecnológicos:
    - Utilizar a internet para acessar conteúdo relativo a entretenimento, jogos, músicas e vídeos que não tenham relação com as atividades de trabalho;
    - Acessar, visualizar, armazenar, transmitir informações de cunho político-partidário, pornográfico, atos difamatórios, discriminatórios e outros previstos em lei;

- Realizar acesso aos serviços de mensagens instantâneas e compartilhamento de arquivos que possam comprometer a segurança da rede corporativa sem prévia solicitação e autorização;
- Utilizar o serviço de correio eletrônico (e-mail) institucional para atividades de cunho particular;
- Divulgar mensagens que tenham assunto de natureza particular;
- Utilizar o correio eletrônico e os meios de comunicação para transmissão de mensagens indesejadas e não solicitadas;
- Disponibilizar, de forma não autorizada, o conteúdo de mensagens eletrônicas que não seja de sua propriedade;
- Sobrecarregar o ambiente computacional e de comunicação com serviços não autorizados;
- Acessar ou tentar acessar outro computador/dispositivo sem a devida autorização;
- Interceptar ou tentar interceptar qualquer transmissão de dados na rede;
- Utilizar, desenvolver ou tentar instalar programas/aplicativos que possibilitem a violação da rede corporativa;
- Instalar qualquer sistema, aplicativo ou programa de computador, mesmo que seja freeware (licença gratuita), sem prévia autorização e homologação da TIC. Todo e qualquer sistema, aplicativo ou programa de computador somente poderá ser instalado por um profissional da TIC ou profissional terceiro autorizado;
- Alterar as configurações de sistemas operacionais, sistemas corporativos/aplicativos sem prévia autorização da TIC;
- Armazenar, copiar ou acessar programas de computador ou outro tipo de material (fotos, livros, músicas, vídeos) que violem a lei dos direitos autorais, bem como as de conteúdo ilegal, pornográfico, discriminatório, racista, apologia ao crime e de assédio mora e outros previstos em lei;
- Instalação de computadores, notebooks, tablets, impressoras e outros na rede corporativa sem prévia autorização;
- Remanejamento ou transferência (mesmo que seja dentro da própria unidade) de computadores, monitores, impressoras sem prévia autorização da TIC;
- Instalar qualquer computador/notebook na rede corporativa, mesmo com autorização concedida, sem uma ferramenta antivírus instalada e atualizada;
- Criar blog e comunidades na internet ou outro ambiente virtual semelhante, que utilizem a logomarca da instituição sem autorização expressa;
- Abrir ou tentar abrir qualquer equipamento computacional (computador, notebook, impressora...) sem prévia autorização da TIC.

- Qualquer necessidade de suporte/intervenções nos meios e recursos computacionais deverá ser aberta uma solicitação de atendimento de atendimento técnico junto a TIC.
- A utilização de sistemas/programas/aplicativos freeware (gratuito) e temporário deverá ser solicitado formalmente, em caso de aprovação, um profissional da TIC deverá acompanhar a instalação e configuração.
- A utilização de sistemas/programas/aplicativos não licenciados é considerada uma não conformidade gravíssima, podendo acarretar punições ao(s) responsável (eis).
- Todos os acessos na rede corporativa, internet/intranet/extranet, FTP, e-mail poderá ser monitorados.
- O usuário deverá zelar pelos recursos tecnológicos que utilizam, mesmo que temporariamente.
- Utilizar de forma ética e responsável os meios e recursos tecnológicos.

PLANO DE MODERNIZAÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

Sistema de Gestão Hospitalar (SGH)

Visando proporcionar uma gestão ampla do serviço, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** implantará, conforme a diretriz da **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO)**, um sistema informatizado de gestão hospitalar em ERP que significa Enterprise Resource Planning, que em português significa Planejamento dos Recursos da Empresa.

Podemos entender que o software ERP Hospitalar é um sistema de informática responsável por cuidar de todas as operações diárias de um Hospital, desde o acolhimento até o balanço contábil, de Compras a fluxo de caixa, de prescrição eletrônica a Administração de Pessoal, de inventário de estoque às contas a receber, do ponto dos funcionários a controle dos equipamentos médico-hospitalar, enfim, todo o trabalho administrativo e operacional realizado no hospital.

O ERP Hospitalar tem como objetivo organizar o trabalho numa unidade hospitalar. O ERP Hospitalar registra informações referentes aos pacientes, fornecedores, funcionários, procedimentos, intervenções médicas, compras, pagamento, impostos entre outras.

A forma como estes registros se "conversam" faz parte do desenho de processos do ERP Hospitalar, é neste momento que o ERP Hospitalar tem a função de ser um integrador de processos com base na Metodologia LEAN e Gestão de Processos parametrizada pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, a ser aplicado no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

Dentre os benefícios, temos:

- Apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos Hospitais;
- Permitir a criação de indicadores;
- Oferecer dados estratégicos para análise;
- Trocar de informações de forma colaborativa de nível federal com municipal facilitando assim a adoção de projetos de melhorias comuns para os hospitais envolvidos no projeto.

Principais módulos disponibilizados:

MÓDULO	FUNCIONALIDADES
ASSISTENCIAL	**-SAE** **-Classificação de Risco e Triagem** **-PEP** **-Emergência** **-Prescrição Eletrônica** **-Assinatura Digital**
ATENDIMENTO	**-Agendamento** **-Check-in** **-Painéis de Chamada / Controle de Prestadores / Controle de Visitantes** **-Acolhimento**
GERENCIAL	**-BI** **-Indicadores / Relatórios /**

	Fluxos **-Operações** **-SAME** **-CCIH** **-CME** **-Monitoramento / Qualidade /SADT** **-Laboratório** **-Exames / Laudos de Imagens** **-Banco de Sangue**
SUPRIMENTOS	**-Compras** **-Estoque** **-Farmácia** **-Almoxarifado** **-Rastreabilidade**
FATURAMENTO	**-Financeiro** **-SUS- AIH e BPA** **-Convênios** **-Controle de glosas** **-Central TISS** **-Gerenciamento de Guias**
MÓBILE	**-Gestão de Filas** **-Ocupação de Leitos** **-Produtividade** **-Profissional** **-Alertas de Tempo** **-Indicadores de qualidade**

A TIC será responsável pelos serviços de implantação e suporte técnico do SGH bem como a manutenção corretiva e preventiva de todos os ativos de informática utilizados para operacionalização do SGH e automação de escritório, incluindo o fornecimento de todo o material, a partir de projeto básico ou de levantamento de necessidades.

O processo de implantação do SGH levará em consideração os principais aspectos:

- Levantar e analisar as plantas do hospital (rede e energia elétrica) Premissa: obtenção prévia das plantas:
- Definir os postos de trabalho conforme fluxo de trabalho dos hospitais;
- Levantar as quantidades necessárias de pontos de rede, energia elétrica, computadores e impressoras e sinalizar para a **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO)** Apresentar o sistema SGH no Hospital:

- Apresentar o sistema SGH no auditório para o hospital com participação dos representantes do hospital, como diretores, SAME, médicos, enfermagem, farmácia, e demais áreas, para apresentação do plano de implantação, cadastros necessários ao sistema e breve apresentação do sistema a ser implantado.
- Definir os processos e alinhar com o hospital para implantação do sistema:
- Definir uma sala no hospital para a implantação (treinamento, cadastros...);
- Definir os colaboradores do hospital que participarão da implantação realizando inicialmente os cadastros;
- Reverificar a infraestrutura de rede, energia, computadores, impressoras, zebras e leitores de código de barras para os postos do SGH. Avisar necessidades de infra e hardware

Apresentar o sistema no hospital para atividades de carga de cadastros, definição de infraestrutura, identificação dos facilitadores e cronograma para implantação dos módulos:

- Cadastrar os colaboradores: pessoas, servidores, importação dos usuários do AD, definição dos perfis (robô);
- Levantar e cadastrar as unidades funcionais e centro de custo;
- Levantar e cadastrar os quartos e leitos;
- Cadastrar as especialidades e equipes;
- Cadastrar os consultórios;
- Cadastrar as grades dos médicos;
- Solicitar range de Ips fixos para o hospital;

- Cadastrar e configurar computadores e browsers;
- Configurar os computadores e browsers;
- Configurar impressoras no CUPS;
- Configurar parâmetros do sistema;
- Complementação dos cadastros do hospital.

Treinar usuários nos módulos a serem implantados:

- Verificar as grades de treinamento com o hospital;
- Cadastrar impressoras do treinamento no CUPS em HM e PROD;
- Copiar os dados de HM para PROD liberando o ambiente de HM para o treinamento;
- Treinar equipe TI local (Atendimento PS, Suporte, Internação, Ambulatório);
- Treinar atendentes do Registro (Atendimento PS);
- Treinar atendentes da internação (Internação);
- Treinar atendentes do SAME (Internação);
- Treinar colaboradores do RH (Suporte, cadastros e manutenção dos colaboradores);
- Treinar colaboradores da enfermagem (Internação - Movimentação).

Validar os cadastros básicos: carga dos cadastros básicos, atribuição dos perfis, usuários importados:

- Parametrizar o ambiente com os dados do hospital (endereço, CNES, logo, turnos, ...)
- Conferir os cadastros dos colaboradores e profissionais e completar o que falta e correções;
- Conferir os cadastros dos computadores e impressoras completando o que falta e correções;
- Cadastrar impressoras no CUPS;
- Conferir os cadastros dos quartos e leitos completando o que falta e correções;
- Conferir os cadastros dos ambulatórios e completar o que falta e correções;

Validar a infraestrutura e checagem dos equipamentos, micros, impressoras e softwares necessários para implantação do sistema:

- Validar a infraestrutura e checagem dos equipamentos, micros, impressoras, zebras, leitores de códigos de barras e softwares necessários para implantação do sistema;
- Verificar nomenclatura e sinalização do hospital para quartos e leitos.

Alinhar os colaboradores do hospital com os processos para utilização do sistema SGH:

- Divulgação da implantação do sistema SGH no hospital;
- Instruir atendentes do PS (check-in) na utilização do SGH no cadastro dos pacientes, geração da FA; instruir atendentes do checkout na utilização do SGH para atualização de status das FAs de pacientes que não foram atendidos (evasão, óbito, ...);
- Alinhar e processo de solicitação de internação com o hospital e instruir usuários;
- Instruir atendentes do SAME internação na utilização do SGH para a internação de pacientes e impressão de documentos e pulseira;
- Instruir enfermeiros na utilização do SGH para a movimentação de pacientes internados e utilização do Censo;
- Instruir ATAS e atendentes na utilização do SGH para a marcação de consultas e controle de agendas dos médicos dos ambulatórios;

Revisar e alinhar com hospital a implantação do sistema SGH e atividades previstas para acompanhamento:

- Reunir com o hospital para revisar e alinhar implantação e atividades previstas para acompanhamento;
- Resolver pendências e/ou dúvidas para implantação do sistema;
- Comunicar os colaboradores do hospital da implantação do sistema e da necessidade de utilização por todos (formalização do hospital).

Realizar implantação assistida nas internações (dia, noite e fim de semana):

- Definir parâmetro de entrada manual dos prontuários;
- Definir o número de prontuário inicial para o sistema;
- Avisar o hospital de inserir o DV nos prontuários físicos;
- Realizar levantamento e preenchimento da tabela com os dados para cadastro dos pacientes internados para o dia da virada;
- Implantar a internação assistida nos andares.

Acompanhar pós-implantação:

- Realizar parecer equipe de negócio sobre a implantação;
- Registrar lições aprendidas.

Para a implantação serão executados os seguintes serviços:

- Consultoria e Gestão do Projeto (Fases de Planejamento, Aquisição, Implantação e Suporte);
- Implantação do SGH com todas as funcionalidades apresentadas neste documento;
- Treinamento inicial e Operação Assistida durante toda a implantação;

O suporte técnico deverá garantir o funcionamento ininterrupto do sistema, para atendimento das necessidades descritas abaixo:

- Instalação, configuração e otimização do sistema; Solicitação de criação e manutenção dos acessos dos usuários na rede da **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO)** para autenticação no sistema (logins);
- Configuração ou alteração das permissões dos usuários autenticados pelo sistema;
- Configuração dos equipamentos para operação com o sistema;
- Configuração dos equipamentos no sistema;
- Identificação e correção de problemas operacionais relativos ao sistema;
- Avaliações, diagnósticos e proposições de melhorias do ambiente;
- Prestar serviços de suporte técnico "on-site", em um prazo de até 2 (duas) horas, para atendimento e 12 horas para a solução do problema causador da chamada;
- Disponibilizar suporte de atendimento através de uma Central de Atendimento, composta por atendentes, analistas de negócios e analistas de manutenção, sendo o fluxo de atendimento efetuado em até 02 (dois) níveis;
- Prestar serviço de atendimento de suporte telefônico ou local, em regime 24hs x 7dias x 360 dias.

Será elaborado e disponibilizado treinamento conforme diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO),** onde serão capacitados todos os colaboradores. Também será criado uma central de capacitação pós-implantação para novos colaboradores e novas funcionalidades/alterações no SGH.

Para garantir a qualidade da implantação do SGH será disponibilizado, por tempo determinada, serviço de operação assistida por técnicos treinados e capacitados.

O serviço de operação assistida "on-site" compreende as tarefas de:

- Acompanhamento das mensagens do sistema, solução dos problemas apontados e/ou acionamento das equipes de suporte sempre que houver algum alarme do sistema;
- Definição e implementação de rotinas do ambiente assistido;
- Monitoramento e testes de campo remoto de acesso e stress;
- Treinamento e capacitação continuada no uso do SGH;
- Detecção de problemas de desempenho do sistema;
- Checagem e homologação dos dados;
- Checagem e manutenção dos acessos à rede da **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO)** (logins).

Caso haja necessidade de sistemas e ou informações adicionais para gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** suportará a implantação em consonância com a **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-GO).**

SISTEMA BACKOFFICE (GESTÃO ADMINISTRATIVA)

A solução para fazer a gestão administrativa (backoffice) **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** irá proporcionar:

- **Gestão de Almoxarifado**

Possibilitar a gestão de estoque das unidades de saúde e hospital, automatizando os processos que envolvem a solicitação e o atendimento de produtos.

- **Gestão Compras**

Gerenciar as solicitações de compra de produtos/materiais e contratação de prestação de serviços, bem como efetuar a cotação de preços e a elaboração/emissão de ordens de compra.

- **Gestão de Patrimônio**

Possibilitar efetuar o tombamento, cadastro e movimentações dos bens patrimoniais, por meio das atividades: baixa, agregação, depreciação e reavaliação destes bens existentes. Além disso, também será gerar solicitações de manutenções preventivas e realizar os inventários, contabilizando ou não essas operações.

- **Gestão Financeira**

Realizar o controle financeiro, administrando as contas a pagar geradas por notas fiscais, entradas de produtos e serviços. Todas as contas são classificadas quanto ao fornecedor e tipo de despesa.

CONCLUSÃO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, a partir da proposição do projeto de Tecnologia da Informação (TI) para o controle e gerenciamento dos serviços hospitalares no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** destaca como benefícios:

- Maior eficiência operacional: Um sistema de TI integrado e eficiente pode ajudar a automatizar e otimizar muitos processos hospitalares, reduzindo erros e retrabalho, e melhorando a eficiência operacional.
- Melhor gerenciamento de dados: Um projeto de TI bem implementado pode fornecer uma melhor gestão de dados, permitindo o acesso rápido e fácil a informações importantes, como registros médicos, resultados de exames, dados financeiros e muito mais
- Melhor comunicação: Uma solução de TI eficaz pode melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e a equipe hospitalar, permitindo que eles colaborem e compartilhem informações de forma mais eficiente.
- Tomada de decisão mais informada: Com um sistema de TI bem implementado, os gestores hospitalares podem tomar decisões mais informadas, com base em dados precisos e atualizados em tempo real.
- Redução de custos: Um projeto de TI eficiente pode reduzir os custos operacionais do hospital, automatizando processos, eliminando a necessidade de papel e reduzindo os erros.
- Maior segurança e privacidade dos dados: Com um sistema de TI seguro, os dados dos pacientes e do hospital podem ser mantidos seguros e protegidos contra acesso não autorizado ou violações de privacidade.
- Melhoria na qualidade do atendimento: Um projeto de TI eficiente pode melhorar a qualidade do atendimento ao paciente, permitindo uma melhor gestão dos registros médicos, reduzindo erros médicos e facilitando a comunicação entre os profissionais de saúde.

Garantiremos o alcance dos benefícios elencados no **HERSO,** de acordo com as premissas apresentadas neste tópico.

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

PROPOSTAS PARA ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

3.10. Proposta para o Serviço de Engenharia Clínica

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico da indústria de produtos e equipamentos médico-hospitalares tem sido induzido pela demanda do setor de saúde por novas tecnologias que permitam a melhoria da qualidade de vida da população.

Verifica-se uma grande integração de tecnologias de várias áreas de conhecimento com o objetivo de desenvolver equipamentos e produtos médicos que possam contribuir com a qualidade da assistência à saúde.

Este desenvolvimento tecnológico no setor de saúde tem permitido um grande aumento da quantidade e da variedade de equipamentos médicos presentes nos estabelecimentos assistenciais de saúde (ANTUNES et al., 2002).

Apesar dos benefícios do avanço tecnológico no setor, o desenvolvimento de novos produtos e tecnologias médico-hospitalares tem sido uma preocupação do governo e do mercado consumidor em relação à sua qualidade.

Esta preocupação tem exigido uma atuação de órgãos do governo para garantir a exigência dos requisitos mínimos de segurança e confiabilidade dos equipamentos.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que tem por finalidade promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, tem tido uma importante atuação para garantir a qualidade dos equipamentos médicos comercializados no

país, atuando tanto na pré-comercialização como também na pós-comercialização de produtos para a saúde.

Na etapa de pré-comercialização, partindo da premissa de que no Brasil nenhum produto médico pode ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo da população antes de registrado no Ministério da Saúde - MS, a ANVISA realiza direta e indiretamente uma série de análises em relação ao produto e ao seu fabricante, com o intuito de garantir a qualidade do produto, a qualidade do processo de fabricação e o controle dos fatores de risco à saúde do consumidor.

Os equipamentos biomédicos, assim como todos os produtos para saúde, só podem ser comercializados no Brasil após registro no Ministério da Saúde. Esta obrigatoriedade visa garantir que os produtos destinados aos cuidados de saúde e sujeitos à legislação sanitária, somente sejam disponibilizados para a sociedade para utilização e/ou consumo, após o cumprimento das exigências sanitárias legais.

Estes critérios visam disciplinar o mercado, assegurando à população produtos seguros e eficazes para o uso a que se propõem e que possuam identidade, atividade, qualidade, pureza e inocuidade necessárias.

A fim de obter o registro, alteração, revalidação ou cancelamento do registro, o fabricante, ou importador de produtos para saúde, deve apresentar à ANVISA os documentos relacionados no Regulamento anexo à Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 185/2001. O registro constitui a primeira avaliação das novas tecnologias para a saúde no Brasil e segue a metodologia estruturada na legislação, com as variações adequadas às especificidades do produto, normas, parâmetros e padrões para os testes específicos.

No entanto, a avaliação da pré-comercialização pode não ser suficiente para garantir a qualidade e segurança com a utilização de determinado equipamento médico comercializado, pois, uma vez que o produto entra no mercado, diversos problemas inesperados podem surgir. Além disso, alguns questionamentos relacionados à qualidade e segurança com a utilização do produto em seres humanos não podem ser respondidos com convicção, até que o produto esteja no mercado por um período significativo.

Para reduzir a ocorrência de problemas com um equipamento disponível no mercado, a ANVISA realiza estudos, análise e investigações de informações a respeito do desempenho de um produto durante a fase de pós-comercialização.

A vigilância pós-comercialização é entendida como a vigilância de eventos adversos e de queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária, sendo evento adverso entendido como um efeito não desejado, em humanos, decorrente do uso de produtos sob vigilância sanitária e queixa técnica como uma queixa de suspeita de alteração/irregularidade de um produto relacionada a aspecto técnicos ou legais, e que poderá ou não causar danos à saúde individual e coletiva.

No âmbito da vigilância pós-comercialização de produtos para a saúde, conhecida como Tecnovigilância, evento adverso é um dano à saúde ocasionado a um usuário ou a um paciente que ocorre durante o uso rotineiro de um produto, tendo a sua utilização sido realizada nas condições e parâmetros prescritos pelo fabricante no processo de registro deste produto, na ANVISA/MS.

Também se entende por Tecnovigilância o Sistema de Vigilância que visa acompanhar a ocorrência de eventos adversos, desvios da qualidade e irregularidades associados ao uso de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar as medidas que garantam a proteção e promoção da saúde da população brasileira.

Por se tratar de produtos que, para funcionar com eficiência para o qual foi projetado, assim como o atendimento de requisitos de segurança e confiabilidade do equipamento médico comercializado, deve-se atentar para a importância de procedimentos a serem seguidos pelos operadores e todos os outros profissionais envolvidos com sua utilização.

Vale ressaltar que a qualidade e a eficiência de procedimentos envolvendo equipamentos biomédicos dependem também do manuseio e do gerenciamento adequado destas tecnologias na instituição. Assim, é muito importante que os profissionais tenham consciência dos riscos envolvendo a utilização dos equipamentos e que, para isso, tenham conhecimento sobre sua operação e princípio de funcionamento.

Para garantir a segurança de usuários e pacientes durante a utilização de equipamentos médico-hospitalares em um Estabelecimento Assistencial de Saúde - EAS, é necessária que seja realizada a gestão de toda a tecnologia biomédica presente. A grande variedade de equipamentos médico-hospitalares, o surgimento de novas tecnologias, e todos os custos financeiros e riscos envolvidos, justificam a importância do gerenciamento dos equipamentos médico-hospitalares.

As exigências e necessidades em atender aos padrões de qualidade dos serviços de saúde prestados nas unidades que são geridas pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** tem nos levados a adotar a gestão da tecnologia biomédica como estratégia na gestão hospitalar. Verifica-se uma crescente busca das instituições hospitalares para adequar a organização de modo a atender a padrões previamente definidos de qualidade na assistência prestada visando à qualificação em níveis de acreditação hospitalar.

"Muitos EAS estão aderindo a programas da qualidade e de acreditação com o objetivo de se diferenciar no mercado e assim conquistar maior fatia de clientes, convênios e médicos". (BRASIL, 2008).

No Brasil, a Organização Nacional de Acreditação – ONA padroniza em níveis as organizações prestadoras de serviços de saúde, tendo como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2009).

Para isso, a ONA publicou o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, onde estabelece requisitos a serem atendidos pelos EAS que pretendem ser acreditadas em um dos níveis de acreditação.

Para a gestão de equipamentos e tecnologia médico-hospitalar o manual apresenta itens de orientação para que sejam atendidos requisitos mínimos relacionados às atividades destinadas à gestão do parque tecnológico da organização durante todo o seu ciclo de vida.

O documento contempla o planejamento, a aquisição, o recebimento, o teste de aceitação, a capacitação, a operação, a manutenção e a desativação dos equipamentos médico-hospitalares (ONA, 2006).

Para atender aos requisitos relacionados às atividades destinadas à gestão do parque tecnológico geralmente as instituições recorrem a empresas terceirizadas prestadoras de serviços de consultoria em engenharia clínica ou aproveitam a oportunidade para estruturar uma equipe própria de Engenharia Clínica para a realização dos serviços de gestão de equipamentos e tecnologia médico-hospitalar.

Assim como os requisitos mínimos presente no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA relacionados às atividades destinadas à gestão do parque tecnológico, um conceito importante e que busca objetivos comuns é o de boas práticas de gerenciamento de equipamentos médico-

hospitalares, adotado pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** em suas unidades de saúde, bem como, nas unidades que faz a gestão compartilhada.

O estabelecimento de padrões e recomendações de boas práticas de gerenciamento de equipamentos médicos é realizado a partir do estabelecimento de elementos essenciais relacionados à gestão da tecnologia biomédica, podendo servir como um modelo para engenheiros clínicos (DYRO, 2004).

Com o objetivo de garantir a rastreabilidade, qualidade, eficácia e segurança em serviços de saúde envolvendo a tecnologia biomédica, o MS, por meio da ANVISA, tem buscado uma maneira de nortear os EAS quanto ao gerenciamento dos equipamentos médico-hospitalares e poderá passar a exigir que sejam atendidos requisitos gerais de boas práticas para o gerenciamento de equipamentos de saúde em serviços de saúde, a partir da definição de requisitos mínimos exigidos às boas práticas para o gerenciamento de produtos para a saúde em serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Para definir os requisitos mínimos exigidos às boas práticas para o gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares a ANVISA define gerenciamento de equipamentos de saúde como um conjunto de ações que visam a garantia da qualidade, assegurando que os equipamentos de saúde submetidos ao plano de gerenciamento sejam adquiridos, instalados, mantidos, utilizados e controlados com padrões de conformidade apropriados.

Para realizar o gerenciamento adequado é recomendado que haja um documento especificamente elaborado para suas características por profissionais qualificados que apontem e descreva critérios estabelecidos para a gestão de equipamentos médicos.

Este documento, conhecido com Programa de Gerenciamento de Equipamentos Médico-hospitalares – PGEMH ou plano de gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares, no qual o modelo base adotado pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**.

No Programa de Gerenciamento de Equipamentos Médico-hospitalares – PGEMH há o apontamento e a descrição dos critérios estabelecidos para planejamento, seleção, aquisição, recebimento, inventário, registro histórico, armazenamento, transferência, instalação, uso, intervenção técnica, descarte e avaliação e investigação de eventos adversos e ou queixas técnicas associáveis a equipamento de saúde, bem como, a organização, estrutura física e gestão das informações relacionadas ao gerenciamento dos equipamentos

de saúde existentes **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO .**

Foi utilizado pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** como bússola na elaboração do Programa de Gerenciamento de Equipamentos Médico-hospitalares a norma técnica ANSI/AAMI EQ56:1999 (Recommended practice for a medical equipment management program) da Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI) e aprovada pela American National Standards Institute (ANSI), que recomenda e especifica critérios mínimos para um programa de gerenciamento elaborado para minimizar certos riscos associados com a utilização de equipamentos médicos em serviços de saúde.

As recomendações são direcionadas à estrutura do programa, os documentos requeridos, recursos humanos e recursos necessários para garantir a qualidade em sua gestão (AAMI, 1999).Portanto, a elaboração do Programa de Gerenciamento de Equipamentos Médico-hospitalares com base nas diretrizes apresentadas na norma técnica ANSI/AAMI EQ56:1999 é condição sine-qua-non para adequar as atividades de gerenciamento de equipamentos médicos em um EAS e atender os itens de orientação para acreditação hospitalar da ONA bem como atender os requisitos mínimos às boas práticas de gerenciamento de produtos para a saúde apresentados no anexo III do regulamento técnico da minuta de RDC constante na Consulta Pública (CP) nº70 de 2007 da ANVISA.

GERENCIAMENTO DA TECNOLOGIA MÉDICO-HOSPITALAR E A ENGENHARIA CLÍNICA

O gerenciamento da tecnologia médico-hospitalar (GTMH) é definido como um processo sistemático no qual profissionais especificamente qualificados, geralmente engenheiros clínicos (com suas habilidades únicas para visualizar e identificar diferentes soluções para determinados problemas e situações), em parceria com outros gestores do hospital formando uma equipe multiprofissional , planejam e gerenciam a tecnologia médico-hospitalar para garantir a prestação de serviços de melhor qualidade com o menor custo (DYRO, 2004).

As atividades de GTMH em termos clássicos começam com o planejamento estratégico (programa de gerenciamento de equipamentos médicos), seguidos da avaliação de tecnologias, do processo de incorporação de tecnologia e concluindo com o gerenciamento dos serviços de manutenção (DYRO, 2004).

O GTMH é uma atividade da engenharia clínica responsável pela avaliação, aquisição, utilização, controle de recursos e garantia de qualidade envolvendo equipamentos médico-hospitalares (BRONZINO, 2006).

Os processos típicos que a Engenharia Clínica desenvolve no ambiente hospitalar incluem: avaliar as necessidades para melhorar os cuidados ao paciente e adequar essas melhorias às características do hospital; verificar a conformidade aos requisitos de efetividade e segurança; aplicar, desenvolver ou modificar tecnologias existentes para adequar às demandas correntes, sempre interagindo com outros profissionais, como por exemplo, a enfermagem, o profissional da limpeza, o médico, o aluno, o paciente e a administração do Estabelecimento de Assistência à Saúde. (BRASIL, 2008).

Embora hospitais de tamanhos e características diferentes considerem diferentes ações estratégicas, todos eles necessitam monitorar e gerenciar com eficiência a utilização dos seus recursos limitados. Um gerenciamento adequado da tecnologia e dos equipamentos médicos irá garantir um equilíbrio entre as necessidades e os recursos tecnológicos disponíveis.

O ENGENHEIRO CLÍNICO

Um ponto importante relacionado à gestão de equipamentos médicos está relacionado à especialidade dos profissionais que desempenham estas atividades. Segundo Dyro (2004), uma grande parte dos problemas enfrentados por profissionais de saúde são de extremo interesse para os engenheiros, pois eles envolvem a concepção e aplicação prática de sistemas e equipamentos médicos – processos que são fundamentais para a prática da engenharia.

Neste contexto, o profissional responsável e capacitado para gerenciar a tecnologia biomédica presente em um serviço de saúde é o engenheiro clínico, pois este é um profissional com conhecimento científico e tecnológico de engenharia e possui conhecimento e experiência no ambiente hospitalar em suporte às atividades clínicas.

Segundo definição do American College of Clinical Engineering (ACCE), o engenheiro clínico é aquele profissional que aplica e desenvolve os conhecimentos de engenharia e práticas gerenciais às tecnologias de saúde, para proporcionar uma melhoria nos cuidados dispensados ao paciente (ACCE, 2009). Neste contexto, a engenharia clínica pode ser compreendida através da definição da função do profissional que a exerce.

O engenheiro clínico possui tanto capacidade técnica como ferramentas gerenciais necessárias para o gerenciamento bem sucedido da tecnologia biomédica. Pelo fato do desenvolvimento de novas tecnologias ter uma importância relevante na melhoria da assistência médica oferecida, o gerenciamento da tecnologia continuará sendo um elemento necessário em serviços de saúde, tanto do ponto de vista da qualidade na assistência como do ponto de vista financeiro DYRO (2004).

Os engenheiros clínicos executam serviços de engenharia e de gestão, fornecendo um suporte à equipe de profissionais da área médica. Entre as atribuições do engenheiro clínico em um EAS citadas por Bronzino (2006), podemos destacar:

- Planejamento e controle dos processos de instalação, operação, manutenção e desativação equipamentos médicos;
- Avaliação da relação custo-benefício para incorporação de novas tecnologias médicas;
- Controle de inventário de equipamentos;
- Gerenciamento da manutenção de equipamentos médicos;
- Gerenciamento de contratos de manutenção de equipamentos médicos;
- Desenvolvimento e implementação de documentos, registros e protocolos exigidos por agências reguladoras e para acreditação hospitalar;
- Elaboração de programa de gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares.

BOAS PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES E A ANVISA

Para se gerenciar os equipamentos médicos em um EAS de forma mais eficiente, além do elemento essencial que é o gerenciamento da manutenção, é necessário que o gerenciamento seja realizado considerando todas as etapas do ciclo de vida do equipamento.

Isto é necessário, pois é evidente que muitos problemas envolvendo a manutenção podem ser minimizados se diferentes aspectos forem considerados nas fases iniciais de planejamento e aquisição da tecnologia. Portanto, um caminho a ser seguido para se gerenciar equipamentos médicos com mais efetividade, é a partir do atendimento aos requisitos de boas práticas do gerenciamento que consideram o gerenciamento em diferentes aspectos durante todo o ciclo de vida de um equipamento médico (DYRO, 2004), requisitos estes de boas práticas seguidas pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**.

Com o objetivo de garantir a rastreabilidade, qualidade, eficácia e segurança em serviços de saúde envolvendo a tecnologia biomédica, o Ministério da Saúde poderá passar a exigir que sejam atendidos requisitos gerais de boas práticas para o gerenciamento de equipamentos de saúde em serviços de saúde, onde o descumprimento das determinações sobre as boas práticas dos equipamentos médicos poderá ser configurado infração de natureza sanitária, sujeitando o infrator a processo e penalidades previstos em Lei.

Em 2007 a ANVISA colocou em Consulta Pública a CP nº 70, de 11 de julho de 2007), uma minuta de RDC, que define os requisitos mínimos exigidos às boas práticas para o gerenciamento de medicamentos, insumos farmacêuticos, produtos para saúde, de higiene e saneantes em serviços de saúde.

O documento trata especificamente sobre o gerenciamento de equipamentos médicos em serviços de saúde, com âmbito de atuação ambulatorial, hospitalar e domiciliar, e empresas que prestam serviços de gerenciamento de equipamentos de saúde e ou executam atividades de apoio técnico e logístico nos serviços. O documento determina o cumprimento das boas práticas para o gerenciamento de produtos para saúde em serviços de saúde, onde os estabelecimentos devem elaborar e implantar plano de gerenciamento contemplando o gerenciamento de equipamentos em serviços de saúde.

O gerenciamento deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos. O plano de gerenciamento deve visar à manutenção da qualidade, eficácia, segurança e rastreabilidade dos produtos para saúde, incluindo o uso e os profissionais envolvidos no processo.

BOAS PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DO AR-CONDICIONADO E CLIMATIZAÇÃO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** tem no seu cerne o atendimento a todas as regras e normas da ANVISA, do Ministério da Saúde e ABNT.

Baseado nesta visão todos os Estabelecimentos de Saúde administrado pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** já atendem e atendiam as portarias nº 3.523, de 28 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde, no que tange a criação do Plano de Manutenção, Controle e Operação de Ar-Condicionado e Climatização – PMOC e suas demandas, bem como, a Resolução - RE nº 9, de 16 de janeiro de 2003 da ANVISA.

Hoje com a recente promulgação da Lei nº 13.589 de 04 de janeiro de 2018, ao qual já estamos adequados, uma vez que já atendemos a nova lei em todos seus artigos, ex vi:

"Art. 1º - Todos os edifícios de uso público e coletivo que possuem ambientes de ar interior climatizado artificialmente devem dispor de um Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC dos respectivos sistemas de climatização, visando à eliminação ou minimização de riscos potenciais à saúde dos ocupantes.

§1º - Esta Lei, também, se aplica aos ambientes climatizados de uso restrito, tais como aqueles dos processos produtivos, laboratoriais, hospitalares e outros, que deverão obedecer a regulamentos específicos;

§2º - VETADO.

Art. 2º - Para os efeitos desta Lei, são adotadas as seguintes definições:

I - Ambientes climatizados artificialmente: espaços fisicamente delimitados, com dimensões e instalações próprias, submetidos ao processo de climatização por meio de equipamentos;

II – Sistemas de climatização: conjunto de instalações e processos empregados para se obter, por meio de equipamentos em recintos fechados, condições específicas de conforto e boa qualidade do ar, adequadas ao bem-estar dos ocupantes; e

III – Manutenção: atividades de natureza técnica ou administrativa destinadas a preservar as características do desempenho técnico dos componentes dos sistemas de climatização, garantindo as condições de boa qualidade do ar interior.

Art. 3º - Os sistemas de climatização e seus Planos de Manutenção, Operação e Controle - PMOC devem obedecer a parâmetros de qualidade do ar em ambientes climatizados artificialmente, em especial no que diz respeito a poluentes de natureza física, química e biológica, suas tolerâncias e métodos de controle, assim como obedecer aos requisitos estabelecidos nos projetos de sua instalação.

Goiásgrafo único. Os padrões, valores, parâmetros, normas e procedimentos necessários à garantia da boa qualidade do ar interior, inclusive de temperatura, umidade, velocidade, taxa de renovação e grau de pureza, são os regulamentados pela Resolução nº 9, de 16 de janeiro de 2003, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, e posteriores alterações, assim como as normas técnicas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

Art. 5º - Aos proprietários, locatários e prepostos responsáveis por sistemas de climatização já instalados é facultado o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da regulamentação desta Lei, para o cumprimento de todos os seus dispositivos.

Art. 6º - Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação."

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, através do Núcleo de Manutenção do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** irá implementar todos os procedimentos exigidos na Lei 13.589/18, implementando o PMOC imediatamente após o início das atividades, desconsiderando qualquer plano existente anteriormente ao início de nossas atividades.

Para a gestão do PMOC será usado o sistema informatizado, de manutenção, on-line, ao qual todos os administradores e controladores do projeto poderão ter acesso em tempo real da situação de cada equipamento.

PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

O equipamento médico é uma parte essencial para a assistência à saúde. A manutenção de equipamentos é considerada um componente de diversos elementos essenciais que constituem o gerenciamento de equipamentos.

O gerenciamento de manutenção de equipamentos apropriado é vital para assegurar-se de que o equipamento médico esteja seguro para seu uso pretendido, que o equipamento tenha sua vida útil prolongada, e que os custos totais com o equipamento sejam reduzidos.

Inserir a manutenção dentro da estrutura de um PGEMH facilitará o desenvolvimento e a continuação de um programa de manutenção, podendo servir como um guia para os profissionais da engenharia clínica (DYRO, 2004). Além disso, um programa de gerenciamento de equipamentos é requerido por organizações acreditadoras e por agências reguladoras (AAMI, 1999).

REQUISITOS DE BOAS PRÁTICAS PARA O GERENCIAMENTO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (MANUTENÇÃO PREDIAL)

Como requisitos de boas práticas para o gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** desenvolveu um Programa de Gerenciamento de Equipamentos Médico-hospitalares – PGEMH com base no anexo III da CP nº 70 da ANVISA, de 11 de julho de 2007, relativas à minuta da RDC, que define os requisitos mínimos exigidos às boas práticas para o gerenciamento de produtos para saúde em serviços de saúde, em consonância com a norma técnica ANSI/AAMI EQ56:1999 (Recommended practice

for a medical equipment management program) da Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI) e aprovada pela American National Standards Institute (ANSI).

Neste anexo são estabelecidos os requisitos gerais de boas práticas para o gerenciamento de equipamentos de saúde em serviços de saúde, de modo a garantir a rastreabilidade, qualidade, eficácia e segurança.

Os requisitos mínimos exigidos são:

- Organização;
- Infraestrutura;
- Gestão da Informação;
- Planejamento e Seleção;
- Aquisição;
- Recebimento;
- Inventário e Registro Histórico;
- Armazenamento;
- Transferência de Equipamentos;
- Instalação dos Equipamentos;
- Uso do Equipamento;
- Intervenção Técnica no Equipamento;
- Descarte do Equipamento;
- Eventos adversos e/ou queixas técnicas associadas a equipamentos.

ORGANIZAÇÃO

O serviço de saúde deve ter como responsável pelo plano de gerenciamento de equipamentos de saúde um profissional de nível superior legalmente habilitado, com registro no respectivo conselho de classe. No entanto, as atividades de gerenciamento de atividades de apoio técnico e logístico podem ser terceirizadas.

O serviço de saúde deve documentar a estrutura organizacional, documentar as atribuições e responsabilidades dos profissionais envolvidos nas atividades de gerenciamento e implementar um programa de educação continuada para estes profissionais.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** utiliza-se de um apoio técnico e logístico para operacionalização do Programa de Gerenciamento de Equipamentos Médico-hospitalares –

PGEMH de um serviço terceirizado, porém com atuação direta e ininterrupta no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** junto ao Núcleo de Manutenção.

INFRAESTRUTURA

A infraestrutura física para a realização das atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde deve ser dimensionada e compatível com as atividades desenvolvidas, conforme os requisitos contidos neste regulamento técnico e na RDC/ANVISA nº 50, de 21/02/2002.

As áreas destinadas à intervenção técnica nos equipamentos de saúde devem ser mantidas em bom estado de conservação, higiene e limpeza e possuir instalações elétricas, iluminação e sistemas de climatização necessários à conservação dos equipamentos de saúde e as atividades desenvolvidas, de acordo com a recomendação do fabricante.

o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** irá criar o Núcleo Geral de Manutenção, construindo no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** uma infraestrutura física adequada para realização das atividades de gerenciamento dos equipamentos existentes, bem como, uma área para intervenção técnica nos equipamentos.

GESTÃO DA INFORMAÇÃO

O serviço de saúde deve possuir protocolos e procedimentos padronizados segundo critérios estabelecidos por uma equipe multiprofissional de nível superior, estando atualizados, registrados e acessíveis aos profissionais envolvidos nas atividades de gerenciamento.

O serviço de saúde deve armazenar e disponibilizar informações geradas acerca dos equipamentos e os procedimentos e protocolos utilizados, devendo ser arquivado por um prazo mínimo de cinco anos. A documentação do equipamento deve incluir os documentos acompanhantes do equipamento e estar disponível à vigilância sanitária, quando solicitado.

Tais Protocolos, Manuais de POP – Procedimentos Operacionais Padrão e Manuais de Operação dos Equipamentos Médico-hospitalares instituídos pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** serão repassados a equipe no decorrer da implantação dos serviços no **HOSPITAL**

ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO e serão disponibilizados virtualmente na intranet a ser implantada, bem como, impressa nas coordenações competentes, bem como, a realização de treinamentos com a equipe de assistência e administrativa para utilização dos equipamentos.

PLANEJAMENTO E SELEÇÃO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** na execução da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** manterá procedimentos escritos e registro das atividades de planejamento e seleção, contemplando a demanda, a infraestrutura física necessária ou o tempo necessário para sua adequação e os recursos humanos e materiais necessários à utilização do equipamento de saúde, observando, no mínimo, a regularização dos equipamentos e seus fornecedores junto à autoridade sanitária competente.

AQUISIÇÃO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** na execução da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** manterá procedimentos escritos e registros das atividades de aquisição, procedendo com aquisição somente de equipamento médico-assistencial regularizado junto ao órgão sanitário competente e oriundo de fornecedor regularizado junto ao órgão competente.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** na execução da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** estabelecerá critérios para qualificação de fornecedores de serviços e de equipamentos de saúde, de forma a vir adquirir equipamentos apenas de fornecedores por ele qualificados.

RECEBIMENTO

O recebimento inicia com a chegada do equipamento ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** inclusive transferidos, e finaliza documentando todo o processo com a emissão do laudo do teste de aceitação.

O recebimento de equipamentos médico-hospitalares no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** pelo **Instituto Saúde e**

Cidadania – ISAC será realizado pelo Engenheiro Clínico lotado na unidade em conjunto com o coordenador da área a que se destina o equipamento.

Os testes de aceitação devem seguir procedimentos estabelecidos e documentados entre o fornecedor e o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, incluindo atividades que garantam a segurança e o desempenho do equipamento, e será realizado pelo Núcleo de Manutenção do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** sob a supervisão do Engenheiro Clínico responsável.

Deve fazer parte do teste de aceitação:

- ✓ Um parecer técnico atestando a segurança e o desempenho essencial do equipamento de saúde;
- ✓ O comissionamento da respectiva infraestrutura, quando necessário ao funcionamento dos equipamentos de saúde.
- ✓ O nome, número de série e o fabricante dos equipamentos de saúde devem estar discriminados na nota fiscal, guia de remessa ou documento equivalente e ser conferido no momento do recebimento.

Qualquer pendência ou não conformidade implicará na não aceitação do equipamento de saúde pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, devendo ser esta devidamente registrada e, se for o caso, notificada à autoridade sanitária competente.

INVENTÁRIO E REGISTRO HISTÓRICO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** na execução da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** propõe para melhor controle realizar no momento de transição do serviço o inventário contendo os dados cadastrais de cada equipamento de saúde com as seguintes informações:

- Tipo de equipamento;
- Fabricante do equipamento;
- Modelo do equipamento;
- Estado do equipamento;
- Proprietário do Equipamento;
- Código de identificação individual do equipamento, criado pelo Núcleo de Manutenção;
- Número de Série;

- Número de Patrimônio;
- Partes e acessórios do equipamento;
- Portaria INMETRO;
- Registro na ANVISA;
- Data de Aquisição;
- Data da Compra;
- Data em que o equipamento entrou em funcionamento;
- Data em que o equipamento foi desativado no serviço;
- Valor do equipamento;
- Vida Útil;
- Garantia;
- Risco de Operação;
- Criticidade;
- Dados de regularização do equipamento junto ao órgão sanitário competente.

Propõe no momento da inventariação dos equipamentos de saúde do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** inserir no equipamento uma etiqueta com QR Code para identificação do mesmo por meio do Sistema de Gestão de Equipamentos e Inventário.

O inventário deverá ser atualizado a cada nova aquisição, intervenção, e desativação do equipamento no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

Tais registros propostos, ocorrerão no Sistema de Gestão de Equipamentos e Inventário a ser implantado no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, imediatamente após o início das atividades.

O referido Sistema de Gestão de Equipamentos e Inventário é totalmente Cloud, ou seja, em ambiente WEB podendo ser acessado a qualquer instante pelos órgãos de Controle Externo e Interno, bem como, pela Diretoria, Superintendências e Gerências do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, facilitando o controle da gestão dos equipamentos.

Irão ser cadastrados no inventário todos os equipamentos de saúde de propriedade do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** inclusive os cedidos de forma exclusiva à unidade por meio de contratos e/ou convênios legalmente reconhecidos e os de pesquisa.

Para todos os equipamentos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** procederá com o registro do uso destes equipamentos e estabelecerá uma política, documentada, para a

utilização dos mesmos de forma a garantir a rastreabilidade, segurança e as responsabilidades das partes envolvidas.

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** manterá por meio do Sistema de Gestão de Equipamentos e Inventário a ser implantado pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** um registro histórico para cada equipamento de saúde, contendo além das informações constantes do inventário as seguintes informações:

- Identificação do departamento/unidade ao qual pertence o equipamento dentro do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** incluindo informações de transferência, quando houver;
- Profissional designado como responsável pelo equipamento em cada departamento/unidade;
- Histórico de falhas do equipamento;
- Histórico documentado dos problemas e incidentes relacionados a eventos adversos causados ou potencialmente causados por falhas do equipamento;
- Documentação de intervenções técnicas do equipamento de saúde.

ARMAZENAMENTO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** na execução da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** manterá procedimentos escritos e registros da atividades de armazenamento no Sistema de Gestão de Equipamentos e Inventário, a ser implantado, onde todos os equipamentos de saúde, partes, acessórios e seus respectivos insumos devem ser armazenados conforme especificado pelo fabricante, pela legislação vigente e sob condições que garantam a manutenção da identidade, integridade, qualidade, segurança, eficácia e rastreabilidade dos mesmos.

Serão implementados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** critérios de segregação para impedir o uso de equipamentos de saúde, partes e acessórios que ainda não tenham sido aprovados no recebimento, ou estejam sob manutenção, ou impedidos de uso, ou para descarte, ou para devolução, onde os mesmos estarão identificados quanto a sua situação e destino.

TRANSFERÊNCIA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

O processo de transferência de equipamentos de saúde no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será realizado de forma a manter a integridade, segurança, rastreabilidade e desempenho do equipamento, bem como, manterá os procedimentos escritos e registro documentado das transferências de equipamentos, todos no Sistema de Gestão de Equipamentos e Inventário.

Quando a transferência ocorrer entre unidades/departamentos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ocorrerá a modificação do registro histórico de forma a contemplar a realocação do equipamento de saúde, e o respectivo responsável.

INSTALAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** na execução da gestão **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** manterá procedimentos escritos e registro das atividades no Sistema de Gestão de Equipamentos e Inventário de instalação do equipamento, sendo que todos os equipamentos, partes e acessórios serão instalados conforme especificado pelo fabricante, pela legislação vigente e sob condições que garantam a manutenção da identidade, integridade, qualidade, segurança, eficácia e rastreabilidade dos mesmos, bem como, a instalação de equipamento será sempre realizada por pessoa comprovadamente treinada para manuseio, instalação e uso do mesmo.

Os equipamentos segregados que ainda não tenham sido aprovados no recebimento, estejam sob manutenção, impedidos de uso, para descarte ou para devolução, não poderão ser instalados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** mesmo que temporariamente.

Serão estabelecidos e implementados critérios de segregação para impedir o uso de equipamentos de saúde, partes e acessórios instalados que ainda não tenham sido aprovados no teste de aceitação.

USO DO EQUIPAMENTO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** na execução da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** estabelecerá e implementará procedimentos para garantir a rastreabilidade de uso dos equipamentos médicos hospitalares.

Os equipamentos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** somente serão utilizados para a finalidade de uso determinada pelo fabricante e por pessoal comprovadamente treinado e, antes do uso, o profissional técnico deve avaliar as condições do equipamento e em caso de não conformidade o mesmo não poderá ser utilizado.

INTERVENÇÃO TÉCNICA NO EQUIPAMENTO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** na execução da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** desenvolverá e implementará procedimentos para inspeção, teste, manutenção, ajuste e calibração nos equipamentos de saúde, devendo estabelecer e implementar procedimentos para assegurar a rastreabilidade metrológica do equipamento.

O Engenheiro Clínico, responsável pelas atividades de gerenciamento, definirá a periodicidade das manutenções preditivas e preventivas para cada equipamento, em conformidade com as especificações do fabricante, legislação vigente, atendendo as necessidades operacionais.

As intervenções técnicas nos equipamentos somente serão realizadas por profissional comprovadamente treinado, devendo ser documentadas no registro histórico, contendo o nome do executor, registro profissional, e teste de segurança elétrica, tudo via Sistema de Gestão de Equipamentos e Inventário.

Serão estabelecidos e implementados critérios de segregação para impedir o uso de equipamentos de saúde, partes e acessórios submetidos à intervenção técnica que ainda não tenham sido aprovados no teste de aceitação.

Os chamados para intervenção técnica nos equipamentos pelo Núcleo de Manutenção poderão ser realizados por qualquer profissional que utilize o equipamento, por meio da leitura do QR Code existente no equipamento, via Smartphone ou Tablet, ou via site através do número de série no qual acessará a ficha do equipamento, na aba para abertura de chamado de reparo.

Após a abertura do chamado de reparo, o Núcleo de Manutenção terá até uma hora para análise do chamado, quando em dias úteis e horário comercial, e até 12h em dias não úteis, ou fora do horário comercial.

DESCARTE DO EQUIPAMENTO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** na execução da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** desenvolverá um plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, atendendo aos requisitos da RDC/Anvisa n° 222, de 28/03/2018. Para o descarte de equipamentos emissores de radiações ionizantes devem ser observados ainda os requisitos contidos em legislação específica vigente.

EVENTOS ADVERSOS E OU QUEIXAS TÉCNICAS ASSOCIADAS A EQUIPAMENTOS

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** na execução da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** documentará no Sistema de Gestão de Equipamentos e Inventário as suspeitas e ocorrências de eventos adversos e/ou queixas técnicas em função do uso de equipamentos.

RECOMENDAÇÕES DA NORMA TÉCNICA ANSI/AAMI EQ56:1999

A norma técnica ANSI/AMMI EQ56:1999, que trata das diretrizes para a elaboração e implementação de um programa de gerenciamento de equipamentos médicos, é dividida em várias seções, onde cada uma aborda um aspecto diferente do gerenciamento de equipamentos médicos.

As questões abordadas no documento incluem a concepção e implementação do programa, incluindo o inventário de equipamentos e a elaboração de procedimentos, treinamento dos membros da equipe envolvida, testes de recebimento e aceitação, inspeções programadas, pessoal, espaço físico, recursos financeiros, ferramentas, avaliação e planejamento, especificação de equipamentos, remoção do equipamento do setor, comunicação, investigação de eventos adversos e segurança de equipamentos médicos.

Os requisitos especificados pela norma técnica ANSI/AMMI EQ56:1999 para a elaboração do Programa de Gerenciamento de Equipamentos Médico-hospitalares, e utilizados pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** na elaboração do PGEMH do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** são:

ESCOPO DA NORMA

Esta norma especifica características mínimas necessárias para implantação e implementação de um programa de gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares em serviços de saúde.

As práticas recomendadas nesta norma não abrangem os treinamentos necessários para usuários e nem abrange a avaliação da competência dos usuários dos equipamentos incluídos no programa de gerenciamento de equipamentos.

As recomendações desta norma centram-se na aquisição e manutenção de equipamentos médicos, mas também consideram que estes outros requisitos da gestão de equipamentos formam um programa de gerenciamento completo.

Os Engenheiros Clínicos estão diretamente envolvidos na aquisição equipamentos e manutenção, bem como no treinamento de usuários dos equipamentos a serem utilizados na operacionalização do Serviço no Hospital.

Pelo fato dos serviços de saúde prestados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** serem de responsabilidade do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, os critérios desta norma aplicam-se aos seus funcionários, bem como, aos funcionários de serviços terceirizados.

INVENTÁRIO

Todo equipamento médico adquirido pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** passará por uma rotina de avaliação para definir sua inclusão no programa de gerenciamento, onde esta avaliação deve ser documentada e avaliada conforme os critérios estabelecidos no programa.

Para definir o equipamento que irá fazer parte do programa, o documento deve descrever critérios como:

- A função do equipamento, informando se é equipamento de diagnóstico, de terapia ou de apoio médico-hospitalar (suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos);

- Os riscos físicos associados com a utilização do equipamento, em condições normais e em condições anormais de uso; os requisitos de manutenção do equipamento; e
- O histórico de falhas e eventos adversos relacionados com o equipamento.

Quando houver alterações nos critérios, o histórico de todas as alterações será registrado no Sistema de Gestão de Equipamento e Inventário, bem como os itens excluídos e incluídos no inventário devido cada alteração. Quando a mudança do critério gerar a inclusão de itens no inventário, deve ser registrado todos os passos para localizar os itens incluídos no inventário.

O inventário dos equipamentos **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** conterá minimamente as seguintes informações para cada equipamento:

- Código de identificação único (utilizado para acessar outros dados do equipamento – QR CODE);
- Fabricante do equipamento;
- Modelo do equipamento;
- Número de série do equipamento;
- Uma descrição do equipamento;
- A localização do equipamento;
- Identificação do departamento (centro de custo) a que pertence o equipamento;
- Identificação do responsável pelo equipamento;
- Data de aceitação do equipamento (mês e ano);
- Proprietário do equipamento (equipamento de propriedade xxxx); de outras organizações, como equipamentos alugados, emprestados ou em comodatos; de colaboradores e prestadores de serviços; em demonstração; ou equipamento próprio de paciente).

Qualquer informação adicional no inventário que a Engenharia Clínica do Hospital considerar que poderia ser útil para a gestão adequada do equipamento será inserida na Ficha de Inventário do Equipamento no Sistema de Gestão de Equipamentos e Inventário.

Com essa automação e informatização do Inventário, quando solicitado por qualquer órgão de Controle Externo e Interno do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** o Núcleo de Gestão de Infraestrutura de Estabelecimento de Saúde gerará uma lista completa atualizada de todos os equipamentos do inventário, podendo

ainda, os órgãos de controle ter acesso a este inventário de forma on-line e em tempo real, no qual terá inclusive gráficos onde demonstrará o tempo em que o equipamento permaneceu apto para uso.

A precisão do inventário é mantida para que todos os equipamentos presentes no hospital possam ser rastreados após sua aquisição. Antes do equipamento ser posto em serviço, todas as adições ao inventário devem ser realizadas e todas as alterações nos registros já existentes no inventário devem ser lançadas imediatamente no Sistema de Gestão de Equipamentos e Inventário, pela equipe do Núcleo de Gestão de Infraestrutura de Estabelecimento de Saúde.

A cada ano será realizada uma auditoria para verificar a precisão do inventário. A auditoria servirá para verificar a veracidade das informações registradas no inventário, bem como, verificar se a inclusão de todos os equipamentos utilizados atende aos critérios de inclusão.

Para a auditoria do inventário, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** estabelecerá no PGEMH padrões para garantir a precisão do inventário. Caso a auditoria verifique que essas normas não têm sido cumpridas, a Direção Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** deve tomar medidas para corrigir as eventuais deficiências identificadas.

Para realizar a auditoria do inventário, será utilizado um plano de amostragem que será validado e documentado no Sistema de Gestão de Equipamentos e Inventário.

PROCEDIMENTOS DE INSPEÇÃO E TESTES DE EQUIPAMENTOS

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** adotará e implementará no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** procedimentos escritos de inspeção e teste de equipamentos, descrevendo as atividades que serão realizadas durante a inspeção de um equipamento, incluindo um documento de registro da execução e conclusão do procedimento e uma estimativa de tempo necessário para realizar o procedimento.

Este requisito permite que a organização de saúde possa identificar as suas próprias necessidades para a programação de testes ou inspeções de equipamentos. Entende-se que a implementação de procedimentos escritos de testes e inspeções de equipamentos médicos seja um grande passo no sentido de assegurar que os agentes dos serviços saibam o que é esperado

deles e assegurar que os procedimentos sejam seguidos uniformemente por todos os agentes dos serviços que realizam este mesmo procedimento.

Os procedimentos deverão levar em consideração os riscos reais associados ao equipamento. A organização de saúde deverá identificar os passos que farão parte de seus procedimentos de inspeção e testes, sendo sua responsabilidade justificar a necessidade de tais medidas como parte do programa de gestão do equipamento.

PROCEDIMENTOS DE MANUTENÇÃO CORRETIVA

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, adotará e implementará no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** procedimentos escritos que descrevam as atividades que devem ser realizadas pelo agente de serviço durante uma manutenção corretiva, incluindo as diretrizes utilizadas para seleção de peças de substituição.

Em algumas ocasiões, durante uma manutenção corretiva de um equipamento médico pode ser necessário substituir peças defeituosas. É importante que o agente de serviço se certifique de que a peça nova substituída irá funcionar corretamente. Em alguns casos, algumas peças utilizadas em equipamentos médicos, por mais simples que pareçam, podem ser consideradas críticas para estabelecer o funcionamento adequado e seguro do equipamento.

Os procedimentos deverão descrever a documentação usada para registrar todas as informações consideradas relevantes sobre a manutenção corretiva, quem receberá cópia desta documentação e onde esta documentação será arquivada.

Os procedimentos deverão descrever como o usuário do equipamento deve solicitar o serviço de manutenção corretiva para cada equipamento e o horário em que este serviço está disponível, bem como descrever o que os usuários dos equipamentos devem fazer durante uma emergência ou parada programada de equipamentos críticos.

TREINAMENTO DE AGENTES DE SERVIÇO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** irá documentar o treinamento recebido por cada agente de serviços e elaborar um método para avaliar as necessidades de treinamento de cada profissional que exerça atividades de manutenção de equipamentos.

Como todas as outras partes destas práticas recomendadas, estas recomendações se aplicam tanto aos agentes de serviços próprios do serviço de saúde como profissionais terceirizados.

Cada prestador de serviços de manutenção deve prover o treinamento necessário para cada agente para garantir que ele esteja apto para executar o seu trabalho. Cada prestador de serviços deverá disponibilizar a cada agente pelo menos 72 (setenta e duas) horas de treinamento a cada três anos e, no caso de novos agentes de serviços, deve-se prover pelo menos 36 (trinta e seis) horas de treinamento durante o primeiro ano.

A responsabilidade de cumprir essas recomendações recai sobre todos os prestadores de serviços, tanto os funcionários próprios como os terceirizados. Para fornecer o treinamento, a seleção dos treinamentos a serem fornecidos fica a critério do prestador do serviço e do serviço de saúde, com base nas suas necessidades e nas necessidades do agente de serviços.

TESTES DE ACEITAÇÃO

A organização de saúde deve desenvolver e implementar um sistema de controle para garantir que, antes da utilização inicial, todos os equipamentos incluídos no programa de gerenciamento de equipamentos sejam submetidos a procedimentos de teste de aceitação realizado por um agente de serviços capacitado e designado para realizar estes procedimentos.

Os procedimentos deverão ser elaborados e implementados para evitar a utilização dos equipamentos médicos que ainda não tenham sido submetidos aos testes de aceitação. Os procedimentos poderão incluir a separação em áreas distintas para os equipamentos médicos que ainda não foram submetidos a teste de aceitação, podendo também receber uma identificação adicional adequada.

Os testes de aceitação devem seguir procedimentos estabelecidos pelo serviço de saúde, de forma que os testes sejam suficientes para fornecer uma garantia razoável de que o equipamento está funcionando adequadamente antes de sua primeira utilização, onde este procedimento deve ser documentado e registrado.

A organização de saúde deve desenvolver e implementar procedimentos para garantir a comunicação entre o agente de serviço e todos os outros departamentos e indivíduos que a organização decida que devem ser informados sobre o status do teste de aceitação do equipamento.

MANUTENÇÃO PREVENTIVA

A organização de saúde deve desenvolver e implementar procedimentos para definir os intervalos entre a realização das manutenções preventivas para todos os equipamentos inseridos no programa de gerenciamento, com o objetivo de identificar os perigos potenciais envolvendo a utilização do equipamento, causados por desgaste no equipamento que não estão visíveis ou defeitos que não tenham sido informados pelo usuário do equipamento. O procedimento deve documentar as metas da manutenção preventiva e demonstrar como os intervalos definidos estão de acordo com estas metas.

A execução da manutenção preventiva em um equipamento médico deve ser realizada de acordo com os procedimentos de manutenção descritos no programa de gerenciamento. O resultado da manutenção preventiva deve ser documentado, contendo registro do procedimento realizado.

A identificação de falhas e problemas com um equipamento deve ser registrada para que estas informações sejam utilizadas como parâmetro para justificar ou modificar os intervalos entre a realização de manutenções preventivas para este tipo de equipamento.

GESTÃO DE PESSOAL

Todos os requisitos apresentados são aplicáveis a todos os prestadores de serviços, quer sejam funcionários próprios do serviço de saúde ou funcionários de empresas terceirizadas.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** antes da contratação levantará toda documentação dos prestadores de serviços externos para demonstrar que o prestador de serviços pode fornecer agentes de serviço com capacidade técnica para cumprir os serviços contratados e com quantidade suficiente para atender a demanda de serviço da organização.

Cada agente de serviço que fará parte do programa de gerenciamento deve ser devidamente treinado, possuir formação e experiência compatível e estar habilitado ou licenciado para executar as tarefas atribuídas.

A equipe de profissionais envolvida com o programa de gerenciamento de equipamentos deve ser suficientemente dimensionada para executar as atividades pertinentes. A equipe deve ser dimensionada para que seja possível executar todas as atividades descritas no programa,

devendo ter pessoal disponível para realizar todas as manutenções corretivas e preventivas, com base na dimensão do inventário de equipamentos, na quantidade de procedimentos de manutenção preventiva programados e no tempo estimado para realizá-los.

A necessidade de outros profissionais para realizar atividades auxiliares de apoio também deve ser dimensionada.

INFRAESTRUTURA

Para executar as atividades atribuídas ao prestador de serviços, a infraestrutura física será dimensionada e compatível com as atividades desenvolvidas, contendo espaço físico suficiente para a realização dos procedimentos de manutenção do hospital áreas para executar as atividades administrativas, área para armazenar os equipamentos que aguardam por manutenção, espaço para armazenar um estoque de peças de reposição e espaço para armazenar a documentação e registros.

Para dimensionar uma área apropriada para a realização das atividades de manutenção, em geral estima-se que uma área de 11 m2 por agente de serviço é uma área mínima razoável para executar as atividades descritas. No entanto, esta estimativa de 11 m2 por agente de serviço não é considerada uma exigência, pois cada organização de saúde pode abordar a questão do espaço físico necessário para a realização dos serviços de forma diferente.

Um espaço adequado deve estar disponível para armazenar equipamentos que não estão disponíveis para uso, tais como equipamentos que estão aguardando a execução de testes de aceitação ou equipamentos que estão sob investigação devido à ocorrência de um evento adverso.

A infraestrutura disporá de instalações apropriadas para execução dos serviços de manutenção, devendo possuir instalações que permitam aos agentes de serviços a lavagem das mãos, pois alguns serviços podem expor estes profissionais a agentes infecciosos potenciais ou outros contatos perigosos.

As instalações do ambiente de trabalho devem possuir uma área adequada para realizar a limpeza e desinfecção dos equipamentos e acessórios.

A ventilação e climatização do ambiente de trabalho devem atender a todos os requisitos de normas e legislação vigente para permitir uma boa renovação de ar, pois algumas atividades

de manutenção podem exigir do agente de serviços o manuseio com produtos químicos tóxicos no ambiente de trabalho.

RECURSOS FINANCEIROS

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** estabelecerá um orçamento que prevê o fornecimento de recursos financeiros suficientes para cobrir esses custos previstos, de acordo com o plano orçamentário pactuado com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

FERRAMENTAS DISPONÍVEIS

Cada fornecedor deve garantir a disponibilidade de todas as ferramentas necessárias para que seus agentes de serviços possam realizar as atividades descritas nos procedimentos de manutenção e teste de aceitação.

Para identificar as ferramentas necessárias, o prestador de serviços deverá considerar a necessidade de:

- Ferramentas manuais básicas, tais como chaves de fenda e alicates;
- Ferramentas maiores, tais como furadeiras e martelos;
- Equipamentos de teste básico, como um voltímetro e um analisador de fuga de corrente elétrica;
- Equipamentos de teste específicos, como um analisador de unidade eletrocirúrgica;
- Equipamento de teste específico, analisador de segurança elétrica;
- Todos os equipamentos de proteção individual e equipamentos de proteção coletivos necessários e em conformidade com as normas regulamentadoras dos órgãos governamentais.

Os procedimentos devem ser estabelecidos e implementados para garantir a execução da calibração adequada de equipamentos de testes e analisadores que possam exigir calibração periódica.

AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, receberá os relatórios de indicadores de desempenho que permitirá à direção do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS**

DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO verificar e avaliar o desempenho do programa de gerenciamento de equipamentos.

Cada prestador de serviços deve desenvolver um indicador que reflita o desempenho de execução das manutenções preventivas. Cada prestador de serviços também deve desenvolver um indicador que reflita o desempenho de execução das manutenções corretivas.

No Plano de Gerenciamento de Equipamentos do Hospital estão previstas ações para corrigir as deficiências identificadas pelas mudanças nesses indicadores de desempenho e ser capaz de mostrar que o indicador é utilizado pela organização para melhorar o desempenho do programa de gerenciamento a partir da identificação e correção das deficiências.

Cada fornecedor deve implementar um processo de melhoria de desempenho que:

- Destina-se a avaliar anualmente o desempenho da organização;
- Seja utilizado para planejar todas as alterações que são necessárias para melhoria do programa baseado nas informações coletadas na avaliação.

Como os indicadores são periodicamente monitorados, os seus valores irão variar. Se os indicadores mostram uma deficiência, a organização de saúde deve ter um plano para reagir a essa deficiência.

Os planos de gestão de equipamentos apresentados pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** são todos baseados em nossas políticas para melhorar o desempenho dos processos. Além disso, a melhoria de desempenho do programa de gerenciamento fornece um método formal para mostrar que uma organização pode responder positivamente às mudanças que se depara.

SELEÇÃO DE EQUIPAMENTOS

A organização de saúde deve considerar sua experiência como base para a elaboração do programa de aquisição de novos equipamentos médicos. O programa deve documentar o processo de seleção do equipamento para aquisição e demonstrar que a experiência da organização de saúde é utilizada como parte deste processo de seleção.

O processo de seleção para a aquisição de equipamentos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será documentado para assegurar que a organização de saúde seguiu o procedimento descrito. A documentação deverá também demonstrar que a experiência adquirida através do programa de gerenciamento de equipamentos está sendo efetivamente utilizada quando são adquiridos novos equipamentos.

OBSOLESCÊNCIA DE EQUIPAMENTOS

A organização de saúde deve estabelecer e implementar uma política para determinar a obsolescência de um equipamento médico-hospitalar, ou seja, determinar a retirada de serviço de um equipamento que não é mais seguro ou um equipamento que não é mais adequado para a sua aplicação.

Embora o principal objetivo em determinar a obsolescência de um equipamento médico seja garantir que um equipamento que não está mais seguro seja retirado de serviço, a organização de saúde pode incluir outros critérios para decidir sobre a oportunidade de substituir um equipamento médico, tais como a depreciação do bem e o custo de substituição do equipamento.

Às vezes, mesmo que determinado equipamento não esteja sendo utilizado, um equipamento antigo pode ser colocado à disposição para uso como backup devido ao custo de aquisição de um equipamento novo.

Neste caso, é interessante que o equipamento seja mantido no programa de gerenciamento de equipamentos, mesmo quando a utilização do equipamento seja pouco provável.

COMUNICAÇÃO ENTRE AGENTES E PRESTADOR DE SERVIÇO

Estes requisitos dizem respeito à relação entre um prestador de serviços, seus empregados e a organização de saúde. Aplica-se aos empregados do prestador de serviços que realizam trabalhos em nome da organização de saúde em um período regular (pelo menos uma vez por trimestre). Não se destina a ser um requisito para comunicação entre prestador de serviços e todos seus funcionários.

O prestador de serviços deve comunicar aos seus empregados que prestam serviço na organização de saúde os procedimentos operacionais utilizados na organização de saúde bem

como no fornecedor de serviços, devendo também comunicar as alterações destes procedimentos.

Estes empregados do fornecedor de serviços devem informar a gerência do prestador de serviços sobre quaisquer alterações na organização de saúde que têm impacto sobre o prestador de serviços. O prestador de serviços deve realizar pelo menos uma reunião por mês com os agentes de serviço para permitir estas trocas de informações.

COMUNICAÇÃO ENTRE PRESTADOR DE SERVIÇOS E O SERVIÇO DE SAÚDE

Administração da organização de saúde deve fornecer ao prestador do serviço as informações em sua base de dados que podem colaborar com o programa de gerenciamento.

O prestador de serviços deve fornecer à administração do serviço de saúde as informações que dizem respeito ao andamento dos procedimentos de manutenção dos equipamentos da organização de saúde e às condições que indicam uma necessidade de treinamento adicional aos usuários de equipamentos.

A organização de saúde e o prestador de serviços devem estabelecer uma metodologia e a frequência de elaboração e entrega dessas informações em relatórios.

O prestador de serviços deve comunicar informações relevantes sobre falhas de equipamentos e erros de usuários ao setor responsável da organização de saúde, como o escritório da qualidade, comissão de controle e infecção hospitalar ou o gerente de risco, dependendo do caso.

O conhecimento sobre a programação do procedimento de manutenção preventiva de equipamentos é importante para os usuários de modo que eles possam colaborar em tentar deixar o equipamento disponível quando as inspeções forem devidas.

Muitos problemas envolvendo equipamentos são resultados do uso inadequado do equipamento. Como o prestador de serviços pode verificar que alguns problemas são resultados de erros do usuário, o prestador de serviços deverá informar estes erros aos usuários para que eles possam tomar providências para obter o treinamento adequado.

INVESTIGAÇÃO DO EVENTO ADVERSO E A ANÁLISE DE FALHAS

Engenheiro Clínico responsável pelo Núcleo de Manutenção do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será o responsável para participar da investigação de um evento adverso ocorrido relacionado com o mau funcionamento ou utilização indevida dos equipamentos médicos.

As informações sobre essas falhas devem ser partilhadas com outras pessoas do hospital e do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, envolvidas no processo de investigação.

Quando ocorre um incidente relacionado com um equipamento médico, o equipamento e quaisquer acessórios (incluindo descartáveis) em uso no momento do incidente deverão ser recolhidos, identificados e retirados de serviço.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** implementará ações para a remoção dos equipamentos de serviço do hospital, os quais tenham sido envolvidos na ocorrência de um evento adverso, até que o incidente seja devidamente investigado.

Equipamentos envolvidos em um incidente, juntamente com quaisquer acessórios utilizados no momento do evento, devem ser devidamente protegidos contra adulteração até o fim do processo de investigação.

O departamento jurídico em conjunto com o Engenheiro Clínico do Hospital serão responsáveis por analisar o consentimento de liberação para o fabricante realizar o reparo do equipamento, para comunicar a qualquer parte envolvida na investigação do incidente bem como a liberação do equipamento para retornar à utilização normal.

Quando necessário, as intervenções no equipamento devem ser feitas para evitar uma nova ocorrência de incidentes.

Os eventos adversos relacionados com equipamentos médicos podem indicar uma deficiência nos processos da organização de saúde ou do prestador de serviços. Se a deficiência for identificada, devem ser tomadas medidas apropriadas para corrigir essa deficiência, e assim evitar que novos incidentes ocorram devido a um problema já ocorrido e identificado.

PROPOSTA DE PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES – PGEMH

A partir dos requisitos detalhados acima referentes às boas práticas de gerenciamento de equipamentos e referentes à acreditação hospitalar, e a partir da apresentação dos itens de orientação para elaboração de um programa de gerenciamento, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** elaborou um Programa de Gerenciamento para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** de acordo com as recomendações apresentadas, de forma a atender os itens de orientação para acreditação hospitalar e atender os requisitos mínimos às boas práticas de gerenciamento.

O programa de gerenciamento de equipamentos elaborado aqui tem como base a norma técnica ANSI/AAMI EQ56:1999 apresentada anteriormente, buscando atender os itens de orientação para acreditação hospitalar da ONA, bem como, atender os requisitos mínimos às boas práticas de gerenciamento de produtos para a saúde apresentados no anexo III do regulamento técnico da minuta de RDC constante na CP nº 70 de 2007 da ANVISA.

ESCOPO

Este programa de gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** foi elaborado pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** para descrever um conjunto de medidas e ações que visam garantir a qualidade do gerenciamento de equipamentos médicos realizados na execução da gestão do hospital com o objetivo de garantir a segurança e a qualidade dos serviços envolvendo a utilização de equipamentos médico-hospitalares.

REFERÊNCIAS NORMATIVAS

Para elaboração e implementação deste programa de gerenciamento foram utilizadas como base os seguintes documentos:

- ANSI/AAMI EQ56:1999
- Consulta Pública nº 70 de 2007 da ANVISA
- MA 5/2 do Manual Brasileiro de Acreditação da ONA (Versão 2006).

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Fazem parte da organização do programa os seguintes colaboradores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO :**

- Engenheiro Clínico;
- O Presidente da Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- O Presidente da Comissão da Qualidade;
- Direção Técnica
- Coordenador de Enfermagem.

EQUIPE RESPONSÁVEL PELO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS MANUTENÇÕES

Descrição da Equipe

A equipe de profissionais envolvida nas atividades de gerenciamento é a que o compõe o Núcleo de Gestão de Infraestrutura de Saúde - NUGIES do hospital no qual o dimensionamento, formação, cargo, responsabilidades e atribuições estão descritas a seguir:

- Engenheiro Clínico
- Responsabilidade: Responsável pelo NUGIES e PGEMH do hospital,
- Atribuições: Gerenciar as atividades de gestão do parque tecnológico, médicos e comum, bem como, da gestão predial, referentes à manutenção corretiva e preventiva predial do hospital assim como de construções, reformas e adequações.
- Técnico de manutenção de equipamentos médicos
- Responsabilidade: Técnico de Manutenção Corretiva e Preventiva em equipamentos médico-hospitalares.
- Atribuições: Executar os serviços de manutenção corretiva, preventiva e outras atividades técnicas nos equipamentos médico-hospitalares do Hospital.
- Técnico de manutenção de equipamentos de refrigeração
- Responsabilidade: Técnico de Manutenção Corretiva e Preventiva de equipamentos de refrigeração.
- Atribuições: Executar os serviços de manutenção corretiva, preventiva e outras atividades técnicas nos equipamentos de refrigeração do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO .**

Nota: a composição da equipe está relacionada ao dimensionamento de pessoal apresentado em anexo.

TREINAMENTO DA EQUIPE

Todos os profissionais que irão atuar no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** farão parte do programa de educação continuada a ser implantado e implementado pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**.

INFRAESTRUTURA

O ambiente para implementação do Núcleo de Gestão de Infraestrutura de Saúde – NUGIES seguirá os requisitos contidos na RDC/Anvisa nº 50, de 21/02/2002.

As atividades desenvolvidas em cada ambiente estão descritas abaixo.

- Área de Gestão: Atividades de escritório.
- Área de Laboratório: Intervenções técnicas em equipamentos médicos e recebimento de equipamentos e testes de aceitação.
- Área de Oficina: Intervenções técnicas em mobiliários médicos e recebimento de mobiliários e testes de aceitação.
- Área de Armazenamento: Armazenamento de equipamentos, peças e mobiliários médico-hospitalares.

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS

Lista de equipamentos analisadores e simuladores presente no Núcleo de Gestão de Infraestrutura de Saúde – NUGIES:

- Simulador de ECG e SPO2;
- Analisador de bisturi;
- Analisador de segurança elétrica;
- Analisador de desfibrilador/cardioversor.
- Lista de equipamentos e ferramentas de manutenção geral:
- Osciloscópio;
- Multímetro Digital;
- Multímetro Analógico;
- Fonte de alimentação elétrica;
- Furadeira;
- Parafusadeira;
- Serra elétrica;
- Jogo de alicates e chaves;

- Ferro de solda.

CONCLUSÃO

A Engenharia Clínica Hospitalar desempenha um papel fundamental na garantia da qualidade e segurança dos equipamentos médicos utilizados em hospitais. Essa área de atuação busca assegurar que os equipamentos estejam em perfeitas condições de funcionamento e cumpram as normas e regulamentações de segurança e qualidade, o que será plenamente observado e garantido pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**.

3.11. Proposta para Administração Financeira e Gestão de Custos

O presente manual visa reunir conceitos, normas e procedimentos relativos aos atos e fatos orçamentários, financeiros e seus relacionamentos e reflexos na Gestão Financeira do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e tem como finalidade orientar os responsáveis, direto ou indiretamente, nas áreas orçamentária, financeira, patrimonial e contábil.

Outro objetivo do manual é regulamentar a estrutura e normatizar as atribuições e competências da Administração Financeira, no qual fica a cargo do Departamento Financeiro do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** localizado na sede, com apoio operacional local da Direção Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO .**

Competências

São Competências da Administração Financeira da **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO :**

- Gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento orçamentário, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;
- Efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não;
- Gerenciar a execução orçamentária e financeira;
- Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilização e a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;

- Coletar dados para elaboração da proposta orçamentária da **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ;
  Examinar os pedidos de liberação de recursos, propondo, quando necessário, revisões e reajustes orçamentários;
- Manter o controle das contas orçamentárias, dos enquadramentos legais, das liquidações contábeis e das conciliações contábeis e financeiras;
- Emitir relação das ordens bancárias externas com detalhamento de fornecedores e respectivos valores a serem pagos, de acordo com a programação financeira, para serem assinados pela Diretoria;
- Efetuar recolhimentos de todos os impostos correspondentes, com emissão de correspondentes guias;
- Elaborar Relatórios sobre o movimento financeiro;
- Elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde de Goiásas prestações de contas dos recursos provenientes do contrato de Gestão;
- Elaborar relatórios financeiros demonstrando posição de contas a pagar e a receber para efeito de análise econômico e financeiro.

Manual de Desenvolvimento Financeiro

⇒ **Fluxo de Informações**

A saúde financeira do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** depende de um rigoroso controle do fluxo de informações financeiras, controles gerenciais para a tomada de decisão, controle do capital de giro, controle de contas a pagar e a receber, permitindo ao administrador uma visão clara, a fim de que ele possa planejar, dirigir e controlar os recursos financeiros disponíveis.

⇒ **Contas à Pagar**

O ciclo de contas a pagar tem início no departamento de compras, no departamento de recursos humanos e em outros setores das Unidades de Saúde.

Pagamentos indevidos, ainda que de montante baixo, podem gerar grandes prejuízos. Os pagamentos só devem ser efetuados após comprovadamente pertinentes, validados e autorizados.

⇒ **Modelo Básico**

A pessoa responsável pelas contas a pagar deve ter uma atenção à folha e pagamento, os encargos sociais e as obrigações trabalhistas, que devem ser pagas mensalmente ou anualmente. Além de outras despesas e custos necessários para a manutenção das atividades, que servem como apoio para que as Unidades de Saúde atinjam seus objetos.

Os pagamentos devem ser cercados de extrema cautela e vinculados às documentações correspondentes, tais como:

- ✓ Recibos (cópias);
- ✓ Duplicatas Quitadas;
- ✓ Boletos Quitados.

Os documentos, inclusive a comprovação de cotação de preço, devem ser anexados e verificados.

- ✓ Confirmação com o fluxo de caixa;
- ✓ Informação à contabilidade.

Gerar relatórios de controle diário:

- ✓ Relatórios por ordem de valor;
- ✓ Relatórios por essencialidade;
- ✓ Relatório de baixa (pagas);
- ✓ Relatório de pendências (a pagar);
- ✓ Orçamento de caixa.

Passos que devem ser seguidos no contas a pagar:

- ✓ **Passo 1:** O setor responsável valida o pagamento, ou seja, ele confere;
- ✓ **Passo 2:** Os gestores devem aprovar também;
- ✓ **Passo 3:** Processamento e pagamento.

Para que possa ser efetuar uma compra antes deve ser feito um processo de cotação.

A área de contas a pagar **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, é responsável pelos pagamentos a fornecedores, empregados e outros que se relacionam execução das atividades previstas no Contrato de Gestão de forma eventual ou continuamente.

Está baseada em dois conceitos:

- ✓ Preparação dos processos de pagamento;
- ✓ Efetivação dos pagamentos.

⇒ **Preparação e Liberação dos Documentos para Pagamento**

Esta fase tem a função de receber das áreas demandantes a documentação de despesas a serem pagas, conferindo as autorizações, notas e outros documentos autorizadores vinculados.

Os documentos que darão respaldo ao processo de pagamento são:

- ✓ Formulário Solicitação de Pagamentos;
- ✓ Documento interno de Adiantamento e de Reembolso de Despesas;
- ✓ Nota Fiscal e Ordem de Compra;
- ✓ Boleto Bancário;
- ✓ Carnês;
- ✓ Recibos;
- ✓ Duplicatas, etc.;
- ✓ Avisos de Lançamento;
- ✓ Faturas de serviços públicos (telefonia, energia elétrica, água e esgoto);
- ✓ Outros.

Passos:

- ✓ Receber documentos para pagamentos, verificando os documentos correlatos que deram origem a cobrança (contrato, nota fiscal de serviço ou produto, etc.);
- ✓ Incluir documentos no sistema;
- ✓ Verificar se as Solicitações de Pagamento estão aprovadas;
- ✓ Verificar se os valores estão ajustados aos parâmetros de despesas adotados pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, especialmente aqueles envolvendo despesas com viagens e outras despesas de funcionários, conferindo os cálculos;
- ✓ Obter parecer da Diretoria em despesas ainda não avaliadas ou aprovadas;

- ✓ Retornar casos incorretos à Área que efetuou a despesa;
- ✓ Identificar os fornecedores não cadastrados e registrá-los no sistema de Contas a Pagar, seguindo o procedimento estabelecido pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**;
- ✓ Emitir relatório de pagamentos diário (pode ser em tela).
- ✓ Organizar os pagamentos, transferências, Docs. e depósitos, com a respectiva documentação para solicitar as assinaturas.
- ✓ No dia do vencimento, as solicitações deverão ser retiradas do "follow-up", identificadas por números de documentos e pagas através de emissão de cheques, ou em casos especiais, através de TED – Transferência Eletrônica Disponível ou DOC.
- ✓ Se o pagamento for efetuado diretamente ao fornecedor, os cheques deverão ser entregues mediante recibo e todos os pagamentos efetuados deverão estar respaldados por comprovantes legais.

Registro dos Pagamentos no Sistema:

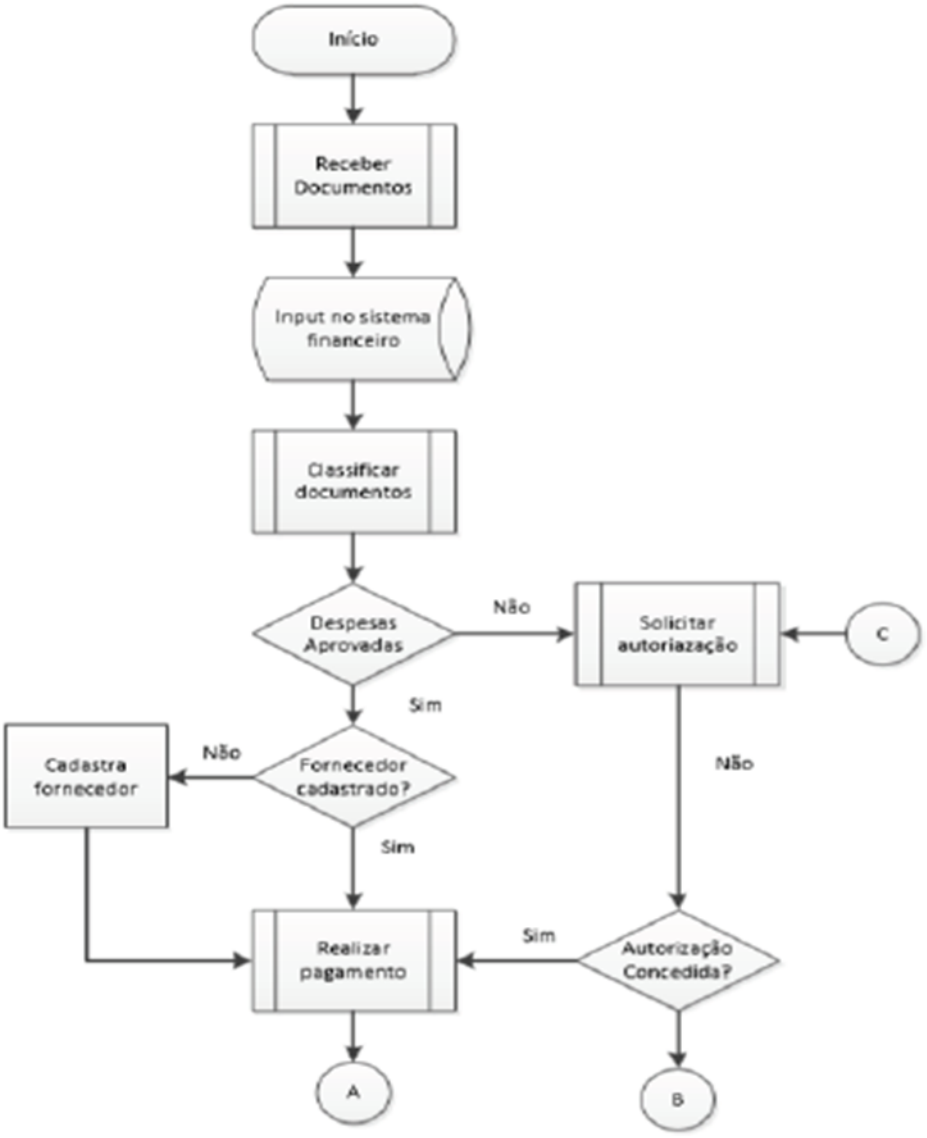
- ✓ Registrar todos os pagamentos do dia antes de sua efetivação no Sistema de Contas a Pagar – Sistema Financeiro;
- ✓ A documentação deverá ser arquivada para realização da conciliação bancária e contabilização.

Fluxos:

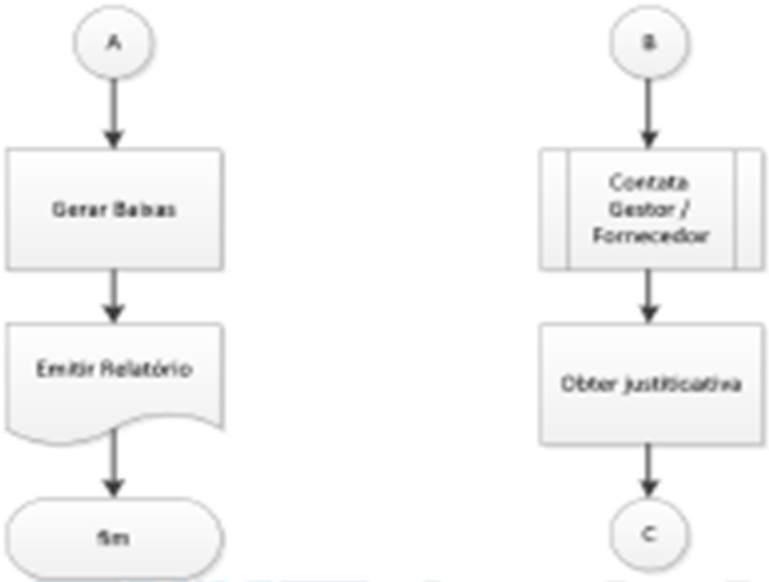
As figuras seguintes representam os seguintes processos:

- ✓ Preparação e Liberação dos Documentos para Pagamento;
- ✓ Efetivação dos Pagamentos;
- ✓ Registro dos Pagamentos no Sistema;
- ✓ Detalhamento dos processos vinculados.

Fluxo I – Preparação e Liberação dos Pagamentos



Preparação e liberação de pagamentos – Inclusão de fornecedores



Autorização de pagamento

⇒ **Pagamento a Fornecedores**

As contas a pagar deverão vir acompanhadas de Solicitação de Pagamento, devidamente assinadas pela Área solicitante e só serão pagos os títulos que possuírem a devida ordem de compra, ou que foram emitidos mediante contrato.

Os títulos deverão ser entregues com antecedência mínima de 24 horas. Em casos excepcionais serão aceitas situações e que houve atraso no envio do boleto de cobrança, cujo valor deverá ser aprovisionado.

Agenda de Pagamentos – vinculado ao orçamento

- ✓ Provisionar os pagamentos através das solicitações recebidas das áreas da **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ;
- ✓ Quando houver incidência de retenção de impostos, deverão ser tomadas providências também para o agendamento dos respectivos recolhimentos. Atualmente as taxas são:
  - Imposto de Renda – 1,5%
  - PIS/COFINS/CSLL – 4,65%
  - ISS – 2,5%

Manter "Follow-up" das Solicitações de Pagamento recebidas das áreas da Unidade de Saúde.

Reembolso de despesas é a devolução de valores gastos pelos colaboradores do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, quando as mesmas forem relativas a compras de produtos e/ou serviços em ações ou tarefas que sejam vinculadas ao **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**.

O processo é o seguinte:

- ✓ Deve ser solicitado em formulário próprio, com as devidas assinaturas e preenchido corretamente, com os respectivos comprovantes;
- ✓ Nas situações permitidas, os vales deverão ser solicitados previamente pelo funcionário.
- ✓ Após o preenchimento dos documentos e anexação de comprovantes devem os mesmos ser entregues na tesouraria ou área responsável pelo reembolso.
- ✓ Não serão aceitos comprovantes sem identificação ou rasurados.

Efetuar conciliação diária das contas correntes específica do Contrato de Gestão, confrontando com as emissões e baixas de cheques ocorridas no dia, através de integração entre

o Sistema Operacional e o Sistema Financeiro, objetivando o controle dos recursos financeiros do referido Contrato de Gestão.

Verificar a correta integração entre os sistemas, através de emissão de relatório, confrontando com a planilha Resumo dos Pagamentos do Dia recebida da Área de Contas a Pagar.

No caso de divergência, deverão ser apurados os motivos e deverão ser procedidas as devidas regularizações. Deverão ser verificadas as situações de cheques emitidos e não compensados no período de 10 dias. Na ocorrência, contatar o respectivo favorecido e apurar os motivos.

A documentação pertinente deverá ser arquivada conforme prazo legal.

- Procedimentos Tesouraria e Contas a Pagar
- Tirar extratos das contas correntes dos Bancos;
- Conciliar os saldos dos extratos com os saldos do Sistema Financeiro;
- Verificar saldo para os pagamentos do dia seguinte. Em seguida, passar o excedente para o agente financeiro pré-definido pela gerência financeira, para ser aplicado (transferência entre contas);
- A Área de Contas a Receber deverá verificar os cheques pré-datados recebidos em cobrança que vencem no dia, para que sejam efetuados os depósitos;
- Preencher os cheques para os pagamentos do dia;
- Conferir os pagamentos futuros, lançar os valores no Sistema Financeiro e guardar os documentos na pasta de vencimentos;

A Tesouraria da sede é a responsável por informar a área de contas a pagar o saldo diário, as contas que podem ser movimentadas, a quantidade de capital ou dinheiro que deve ser mantido em caixa e a porção que deve ser colocada em aplicações financeiras e ainda é responsável por gerar informações para que a gerência administrativa/financeira possa desenvolver o orçamento anual e informar as áreas os seus limites de gastos.

GESTÃO DE CUSTOS

No âmbito da Gestão Financeira, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** propõe a incessante busca por resultados positivos, com a meta de sempre aprimorar a prestação de serviços à comunidade usuária do SUS, à medida que a geração de resultados positivos amplia

os recursos a serem aplicados nas atividades. Como os recursos costumam ser escassos, a administração do hospital deve, necessariamente, implantar técnicas de gestão que permitam conhecer os custos, a fim de melhor alocar os recursos e, consequentemente, melhorar a prestação de serviços à população.

Um sistema de apuração de custos pode proporcionar os seguintes benefícios à gestão do hospital:

- Identificar os pontos do processo produtivo ou da organização em que se poderiam reduzir os custos, liberando recursos para outras atividades, principalmente para as atividades-fim;
- Determinar os custos dos serviços oferecidos pelo hospital e comGoiás-los com os valores repassados;
- Fornecer bases para o planejamento de gastos operacionais;
- Facilitar a preparação do orçamento e de quaisquer projeções de futuras necessidades financeiras com base na análise dos custos e do desempenho passados;
- Alertar a administração quanto ao fato de o hospital estar ou não operando eficientemente, qual o custo mais elevado ou se os preços são realistas em relação aos custos;
- Fornecer informações necessárias ao planejamento futuro, com base no comportamento do custo histórico;
- Identificar as atividades que não adicionam valor, mas que consomem recursos;
- Negociar mais facilmente com funcionários e sindicatos e abordar outras questões financeiras a partir de dados objetivos e fundamentados nos custos.

A apuração e o controle dos custos constituem absoluta necessidade dentro das instituições hospitalares, pois, enquanto a primeira serve de instrumento eficaz de gerência e acompanhamento dos serviços, a segunda permite a implantação de medidas corretivas que visem a um melhor desempenho, com base na possível redefinição das prioridades essenciais, no aumento da produtividade e na racionalização do uso de recursos, dentre outras medidas administrativas.

Sem a apuração dos custos, a administração fica sem saber se a remuneração pelos serviços prestados está cobrindo ou não as despesas geradas, o que pode acarretar, em caso negativo, na descontinuidade da prestação de serviços especializados, definidos pelos objetivos do hospital.

Para que exista uma apuração sistemática de custos é necessário que seja definido e implantado no hospital um sistema de apuração de custos capaz de:

- Formar uma base de dados comum a todas as unidades da estrutura organizacional e seus procedimentos, possibilitando a adoção de providências uniformes no hospital;
- Implantar uma metodologia capaz de detectar e medir desvios entre o previsto e o realizado, com adoção de índices comuns aos procedimentos do hospital;
- Definir uma metodologia de análise dos resultados apresentados que possibilite a recomendação de ações corretivas.

Conceitos

- **Custos:** são valores dos recursos utilizados diretamente na produção de um bem ou serviço. São todos os gastos identificáveis com o processo produtivo, tais como medicamentos e salário dos funcionários.
- **Despesas:** São gastos necessários para obter receitas. Estão entre elas os salários e contas de consumo, por exemplo.
- **Custos fixos:** são aqueles que não variam, dentro de certos limites, de acordo com o volume de produção. Em geral, classificam-se como custos fixos a depreciação, o aluguel etc.
- **Custos variáveis:** estão relacionados diretamente ao volume de produção. Materiais médicos e medicamentos são exemplos de custos variáveis, pois, quanto mais se produz, maior será sua utilização.
- **Custos diretos:** são aqueles que podem ser apropriados aos produtos ou serviços por meio de alguma medida de consumo. São exemplos medicamentos e materiais médicos.
- **Custos indiretos:** são os custos que não podem ser medidos diretamente no produto; para apropriá-los, utilizam-se métodos de rateio. São exemplos material de limpeza e energia elétrica.
- **Gasto:** é o sacrifício econômico da empresa para obter um produto ou serviço qualquer.

A seguir abordaremos os conceitos utilizados pelo sistema de apuração de custos hospitalares, agrupando-os em:

- Custos;
- Centro de custos;
- Classificação dos custos.

Custos

A conceituação de custos remete a diversas definições, dentre elas:

- **Custo Hospitalar:** é o valor dos bens ou serviços consumidos ou aplicados, em dado espaço de tempo, na produção dos serviços prestados pelo hospital;
- **Custo:** é o valor de bens ou serviços consumidos ou aplicados, em dado momento, na produção dos serviços prestados pelo hospital.

Examinando essas duas definições, verificamos que ambas têm a mesma essência, com formatação diversa, sendo a primeira mais específica para hospitais e a segunda apresentada de forma genérica.

Quanto a sua natureza, os custos são classificados em:

- **Custos operacionais:** valor obtido ao se considerar a produção de bens ou serviços consumidos para produzir outros bens ou serviços em determinado período; na categoria custo operacional enquadram-se todos os custos diretos e indiretos;
- **Custos não operacionais**: valor das despesas efetivadas pela unidade que não contribuem diretamente para a produção de bens ou serviços; em geral são de difícil apuração e não estão diretamente vinculados ao volume da produção; como exemplo temos as despesas geradas por depreciação do patrimônio.

Centros de custos

Um sistema de apuração de custos deve agrupar os custos por centros de custos, isto é, setores de atividades de uma unidade da estrutura organizacional do hospital que realizam um gasto claramente atribuível, desempenhando funções que expressam, de modo adequado, sua finalidade.

Normalmente, os centros de custos acompanham a estrutura organizacional do hospital, existindo, por exemplo, um centro de custo denominado pessoal, que é o próprio setor ou departamento de pessoal do hospital. Entretanto, existem casos em que o centro de custo está abaixo do componente da estrutura organizacional do hospital, caracterizando uma subdivisão desse componente. Como exemplo, poderíamos ter um Departamento de Pessoal abrangendo dois centros de custos: pessoal técnico e pessoal administrativo, ou ainda, uma outra

classificação abrangendo despesas diretas de pessoal (salários, descansos semanais, horas extras etc.) e despesas indiretas de pessoal (13°, férias, FGTS, INSS etc.).

Quanto à natureza dos custos que geram, temos três tipos de centros de custos:

- **Centro de custo produtivo:** é aquele que desempenha atividades diretamente relacionadas à consecução dos objetivos finais do hospital (atividades-fim). Como exemplo, temos ambulatório, centro cirúrgico, internação etc. Deve ser notado que esses centros de custos estão associados a componentes da estrutura organizacional responsáveis pelo atendimento aos pacientes, pela realização de consultas e cirurgias e pela internação para repouso, objetivos finais do hospital.

- **Centro de custo de apoio:** é aquele que desempenha atividades complementares às desenvolvidas pelos centros de custos produtivos (atividades-meio). Normalmente está relacionado a componentes da estrutura organizacional que desempenham as atividades de apoio ao atendimento ambulatorial, cirúrgico e à internação, como a realização de exames necessários à complementação de consulta ou determinação da situação de paciente em face de uma cirurgia ou os serviços de apoio à manutenção do paciente, tais como nutrição, lavanderia, fornecimento de materiais e medicamentos, etc.

- **Centro de custo administrativo:** é aquele que desempenha as atividades inerentes à manutenção da estrutura administrativa do hospital, tais como serviços de gestão, recursos humanos e financeiros.

Classificação de custos

- **Custos diretos:** são os gastos necessários para que o hospital preste os serviços definidos em seus objetivos;

- **Custos indiretos:** são gastos efetuados por unidades de apoio que serão transferidos, depois de rateados e distribuídos, aos centros de custos que utilizam seus serviços, ou seja, centros de custos produtivos, responsáveis pelo fornecimento dos serviços ao hospital.

Para que o sistema de apuração de custos do hospital seja elaborado, é necessário que seus custos diretos e indiretos sejam calculados conforme os gastos hospitalares fixos e variáveis. Para efeito de apropriação de custos, serão calculados:

- Custo total
- Custo médio unitário direto
- Custo médio unitário total

Para o cálculo dos custos unitários, devem ser definidas unidades que expressem tais custos, classificada em Unidade Operacional de Produção, Unidade de Produção Real e Unidade Ponderada de Produção.

Conhecendo os verdadeiros custos dos serviços prestados, as empresas estarão em condições de cortar desperdícios, melhorar seus serviços, avaliar incentivos de qualidade e impulsionar para o melhoramento contínuo através do gerenciamento baseado em atividade.

Conhecer o verdadeiro custo de cada serviço, do valor de cada conjunto de atividades que compõe os procedimentos médicos torna-se um diferencial competitivo da empresa em seu mercado.

Neste sentido, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, considera que Hospital é uma organização complexa, com todos os tipos de custos. Cabe avaliar e ponderar, antecipadamente, qual é a melhor metodologia de custos a ser adotada. Tal metodologia, como discorrido acima, englobará diversas informações de todos os setores do Hospital integrado e envolvimento de todos os colaboradores. A sua aplicação trará melhores resultados na saúde da população, razão de ser de nosso trabalho.

3.12. Proposta para Rotinas de Administração Geral

Os serviços administrativos contemplam todos os serviços ligados a **Diretoria Administrativa Financeira**, de acordo com estrutura organizacional e equipe mínima descrita no organograma apresentado nesta proposta.

Atividades

I. Receber toda a documentação necessária para realizar o cadastro dos médicos no Sistema de Informação, no aplicativo Pega Plantão e CNES;
II. Controlar e alimentar os plantões médicos através do sistema de gerenciamento de plantão, e auxiliar diretamente no sistema em casos que necessitam de trocas;
III. Realizar a inclusão e exclusão de todos os colaboradores no CNES;

IV. Realizar a recarga do Vale Transporte dos funcionários da Unidade;
V. Controlar, receber e entregar os fardamentos e EPIs dos colaboradores;
VI. Realizar as cotações de materiais solicitados através da Direção;
VII. Executar a compra e controle de liberação de materiais de expediente;
VIII. Controlar utilização de cartuchos e toner de toda a Unidade;
IX. Gerar, conferir e entregar as Notificações do SINAN, Diarreia e Violência Interpessoal à Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde;
X. Emitir os prontuários de atendimento dos pacientes, entregando a Comissão de Prontuário para realizar a conferencia e liberação;
XI. Realizar a impressão de todos os formulários da Unidade;
XII. Conferir os dados de registro do paciente no Sistema de Informação, realizando atualizações de acordo com o Sistema DATASUS e o correto preenchimento do endereço de acordo com o CEP;
XIII. Nos casos em que o paciente não possui Cartão Nacional do SUS – CNS, realizar o cadastro;
XIV. Verificar diariamente o funcionamento dos equipamentos de informática da unidade;
XV. Cadastrar e treinar no sistema de Informação os novos colaboradores;
XVI. Auxiliar e orientar a utilização do Sistema Operacional para os colaboradores;
XVII. Acompanhar s Sistema de Monitoramento das câmeras e alarmes;
XVIII. Receber diariamente as demandas da Ouvidoria através do Site, telefone e formulários, encaminhando para as coordenações responsáveis, para serem apuradas e tomada as providencias cabíveis dos fatos, retornando feedback para o solicitante;
XIX. Realizar a manutenção diária das OS e gera os arquivos de envio para o Faturamento Mensal do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**
XX. Gestão do arquivo físico de todo o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ;
XXI. Manter o ambiente organizado e limpo para o bom desempenho de suas atividades.

Cuidados especiais

I. Cuidados ergonômicos;
II. Controle da temperatura do ar condicionado devido ao Rack;
III. Desligar após expediente os computadores;

IV. Acionar o alarme no início e término do expediente;
V. Zelar pelo bom uso do material de expediente;
VI. Trabalhar a conscientização dos Materiais e a reutilização dos mesmos.

O horário de funcionamento dos setores cuja função é administrativa, funcionará de segunda a sexta de 08h às 17h., salvo aqueles que precisem de extensão de carga horária para melhor funcionamento da unidade

A equipe que será disponibilizada pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** para à **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** está detalhada nas planilhas de dimensionamento de pessoal, parte integrante desta proposta.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** compreende que a implementação de rotinas de administração geral em uma unidade hospitalar pode trazer diversos benefícios para a instituição, como a melhoria na eficiência operacional, quando as rotinas de administração geral proporcionam a padronização e organização dos processos e procedimentos, o que pode levar a uma maior eficiência operacional, reduzindo erros e retrabalho; a redução de custos, quando a padronização dos processos pode levar a uma melhor utilização dos recursos disponíveis, o que pode reduzir custos desnecessários e otimizar o uso dos recursos financeiros.

Além disso, não podemos deixar de destacar a melhoria na qualidade dos serviços prestados, reduzindo a variabilidade na execução dos procedimentos e melhorando a segurança dos pacientes, a melhora da comunicação interna, evitando falhas na transmissão de informações e garantindo a fluidez do trabalho.

Tais ações aumentam a satisfação dos usuários, que é fundamental para a reputação e sucesso do hospital, além do que alcançamos o cumprimento das normas e regulamentações vigentes, evitando sanções e penalidades.

3.13. Proposta para Rotinas Administrativas de Almoxarifado e Patrimônio

O Manual de Rotinas Administrativas para Gerência de Almoxarifado e Patrimônio do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** sob gestão do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, contemplará as principais rotinas operacionais e administrativas relacionadas, buscando a integração da logística e eficácia da cadeia de suprimentos.

ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO

As principais atribuições do Almoxarifado, são:

I. Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade ideal de suprimento;
II. Impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;
III. Preservar a qualidade e as quantidades exatas;
IV. Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.
V. Executar o controle de estoque;
VI. Elaborar pedidos de compras para formação ou reposição de estoque;
VII. Receber, conferir e armazenar materiais de consumo;
VIII. Distribuir, mediante requisição, materiais de consumo em estoque;
IX. Controlar o cumprimento, pelos fornecedores, das condições constantes nos contratos, comunicando ao diretor do departamento eventuais irregularidades cometidas;
X. Manter atualizados registros de entrada e saída e de valores dos materiais em estoque;
XI. Realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros, dos materiais em estoque;
XII. Zelar pela conservação dos materiais em estoque;
XIII. Efetuar levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento da Instituição de Saúde

A organização funcional de um Almoxarifado pode ser resumida utilizando-se de suas principais atribuições, sendo:

I. Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela empresa;
II. Entregar os materiais aos seus usuários, mediante requisições autorizadas.
III. Manter atualizados os registros necessários.

O controle sobre o serviço, se baseia em três macro etapas: recebimento, armazenagem e distribuição.

⇒ **Recebimento**

O recebimento é a atividade intermediária entre as tarefas de compra e pagamento ao fornecedor, sendo de sua responsabilidade a conferência dos materiais destinados à empresa. As atribuições básicas do recebimento são:

I. Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
II. Analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
III. Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal e no Manifesto de Transporte com os volumes a serem efetivamente recebidos;
IV. 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;
V. Proceder a conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos;
VI. Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;
VII. Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
VIII. Liberar o material desembaraçado para estoque no Almoxarifado.

As atividades de recebimento 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 compreende quatro fases:

I. Entrada de materiais;
II. Conferência quantitativa;
III. Conferência qualitativa;
IV. Regularização.

⇒ **Entrada de Materiais**

A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:

I. A recepção dos veículos transportadores;
II. A triagem da documentação suporte para o recebimento;
III. Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;
IV. Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;

V. Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
VI. 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 do 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 do 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:

I. Liberação de pagamento ao fornecedor;
II. Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
III. Devolução de material ao fornecedor;
IV. Reclamação de falta ao fornecedor;
V. 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:

I. Nota Fiscal;
II. Conhecimento de transporte rodoviário de carga;
III. Documento de contagem efetuada;
IV. Relatório técnico da inspeção;
V. Especificação de compra;

O material em excesso ou com defeito será devolvido ao fornecedor, no momento do recebimento, acompanhado da Nota Fiscal de Devolução, emitida pela empresa compradora.

⇒ **Armazenagem**

A armazenagem dos materiais no Almoxarifado obedece 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:

I. Verificação das condições de recebimento do material;

II. Identificação do material;
III. Guarda na localização adotada;
IV. Informação da localização física de guarda;
V. Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;
VI. Separação para distribuição.

Alguns cuidados devem ser tomados durante o projeto do layout de um Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:

I. Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);
II. Pronto acesso a todos os itens;
III. Máxima proteção aos itens estocados;
IV. Boa organização;
V. Máxima utilização do espaço;
VI. Satisfação das necessidades dos clientes.

No projeto de um Almoxarifado devem ser verificados os seguintes aspectos:

I. Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume);
II. Corredores (facilidades de acesso);
III. Portas de acesso (altura, largura);
IV. Prateleiras e estruturas (altura e peso);
IV. 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, devem-se analisar, 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. Normalmente é utilizada uma simbologia

(codificação) alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem.

O Auxiliar de Almoxarifado ou Almoxarife é 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 deve ser realizada mediante programação ou necessidade das áreas do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** através de requisição específica.

MANUAL DE ROTINAS PARA GERÊNCIA DE PATRIMÔNIO

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** irá manter o registro e controle do patrimônio do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** por meio de sistema próprio e plaquetas de identificação, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

- Registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;
- Registrar e informar a localização dos bens;
- Registrar os agentes responsáveis;
- Emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;
- Controlar a movimentação de material;
- Identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- Permitir a obtenção de informações gerenciais.

Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela diretoria de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade.

O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

- Número de tombamento;
- Descrição do material;
- Modelo, número de série de fabricação, se for o caso;
- Valor de aquisição;
- Data de aquisição e número de autos;
- Número do documento fiscal;
- Estado de conservação do material;
- Outras observações consideradas indispensáveis.

Toda manutenção e reparo realizado nos materiais permanentes deverá ser comunicado formalmente ao setor Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, manual ou eletrônica, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/plaquetas, sendo que no caso de obras bibliográficas o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterá também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora.

Além do controle físico e dos Termos de Responsabilidade assinados, é possível fazer o acompanhamento de qualquer bem em tempo real e qualquer distância, através da utilização do Sistema Eletrônico.

Os bens que não transitarem no Patrimônio será tombado, no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30 (trinta) dias contados do seu recebimento definitivo.

ALIENAÇÃO, CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE BENS PATRIMONIAIS

A alienação de bens, subordinada à existência de interesse do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** e do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** devidamente justificada e na forma da legislação vigente, e com a autorização da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

- Venda;

- Permuta;
- Doação.

A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e licitação, dispensada está nos seguintes casos:

- Doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência socioeconômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembleia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;
- Venda, de bens produzidos ou comercializados pelas unidades do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, em virtude de suas finalidades, na forma da legislação vigente.

A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** localizada no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins. A cessão deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS BENS PATRIMONIAIS

Os materiais inservíveis no âmbito do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** classificam-se em:

- **Ocioso:** quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso;
- **Recuperável:** quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;
- **Antieconômico:** quando, devido ao uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo, a manutenção for onerosa;

- **Irrecuperável:** quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;
- **Nocivo:** quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais, emitindo relatório, e será composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria da Coordenação do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO .**

Toda a inutilização e abandono de bens serão documentados mediante a formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

- A sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;
- A sua natureza tóxica ou venenosa;
- A sua contaminação por radioatividade;
- O perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros.

Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

INVENTÁRIOS

O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque que terão por finalidade:

- Verificar a existência física dos bens e materiais;
- Informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- Confirmar os agentes responsáveis pelos bens;
- Manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
- Apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;
- Subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

O inventário físico, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

- **Anual:** destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;
- **Trimestral:** A cada três meses contato do início do projeto, sendo o primeiro a ser realizado quando da transição de gestão do projeto;
- **Eventual:** realizado em qualquer época por iniciativa dos coordenadores executivos, administrativo-financeiro ou pela própria Gerência de Material e Patrimônio.

Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o artigo anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, à qual será composta por no mínimo 03 (três) membros, ou ser designado pela Direção Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e uma pessoa por unidade responsável por tal atribuição.

O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, realizado pela(s) Comissão(ões) permanente(s) de Inventário, obedecendo aos mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual.

A Gerência de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

- **Rotativo:** que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;
- **Por amostragem:** que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe;
- **Inicial, de extinção ou transformação:** quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas para identificação e registro de bens.

NOTAS

As pendências decorrentes dos inventários, se houver, deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização.

O inventário físico anual será encaminhado ao Departamento de Controladoria do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, o qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo à Superintendência Executiva, que, por sua vez, encaminhará aos Conselhos de Administração e Fiscal do Instituto.

Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.** Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, deverá ser solicitada prévia autorização do Gestor da Pasta.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO E FUNCIONAMENTO

O Horário de funcionamento do Setor de Almoxarifado e Patrimônio do **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**será compatível com os dias e horários dos demais setores administrativos, sendo de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 17h00.

A equipe será composta de acordo com o dimensionamento de pessoal apresentado neste Plano de Trabalho na forma de anexo.

3.14. Proposta para o Serviço de Manutenção Predial, Elética e Hidráulica

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** garantirá o serviço de manutenção predial responsável por toda a estrutura física do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO .**

A manutenção predial realizará atividades que conservam ou recuperam a capacidade funcional da edificação e de seus componentes a fim de atender as necessidades e a segurança dos usuários das unidades de saúde. A manutenção pode ser corretiva ou preventiva.

- **Corretiva:** Manutenção que exige intervenção imediata que garanta a continuidade de funcionamento da edificação ou de seus componentes.
- **Manutenção Preventiva:** Manutenção planejada que previne a ocorrência de danos potenciais.

Ciclo do Processo:

O ciclo do processo da manutenção predial compreende as fases: Solicitação; Verificação; Execução; Avaliação e Melhorias.

SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO PREDIAL

FASE	RESPONSÁVEL
Solicitação	**Funcionário setor**
Verificação	**Equipe de logística**
Execução	**Encarregado de Manutenção Predial**
Avaliação e Melhorias	**Gerente /Encarregado**

Sistemática:

Serão desenvolvidos check-list que abordam grande parte das necessidades de manutenção predial.

Cada check-list contém a identificação do componente, a descrição das verificações e sua periodicidade.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** implantará o check-list abordando os aspectos mais relevantes da manutenção predial preventiva, incluindo o item e a periodicidade.

a) Instalação elétrica;
b) Instalação hidráulica;
c) Instalação telefônica;
d) Ar-condicionado;
e) Edifício;
f) Combate ao fogo;
g) Para-raios;
h) Veículos.

A aplicação do check-list, pelo menos na fase inicial deve ser completa.

Com o uso continuado será possível haver algum outro tipo de verificação ou componente.

Planejamento do Serviço de Manutenção Predial

A arquitetura de uma unidade de saúde abrange em seu bojo várias "arquiteturas", como: arquitetura-infecto-preditiva, arquitetura-segurança-preditiva, arquitetura- administração-preditiva, arquitetura-humanização-preditiva, arquitetura manutenção-preditiva. É a manutenção predial por "antecipação", continuidade operacional.

A manutenção orgânica encontra-se vinculada à arquitetura, à construção, às instalações, aos equipamentos e à funcionalidade. A manutenção operacional é a que sucede e é a que dá continuidade à manutenção orgânica, prevenindo, conservando, reparando, preservando e assegurando a operacionalidade das unidades de saúde.

Manutenção orgânica, arquitetura-manutenção-preditiva ou arquitetura de manutenção são direcionadas para os requisitos arquitetônicos, construtivos, de instalação e de equipamentos, que a arquitetura deve prever e incorporar ao edifício, para viabilizar, facilitar e tornar econômica e racional a manutenção futura das unidades de saúde e, principalmente, para

assegurar a imprescindível "continuidade operacional" (sem interrupção) de setores vitais e críticos.

A presente proposta de serviço de manutenção predial cuida de aspectos de manutenção operacional, relacionados à manutenção preventiva, condicionada a manutenção corretiva. Tem o objetivo de abordagem de recursos e meios a serem incorporados, pela arquitetura hospitalar aas unidades de saúde visando ir ao encontro e facilitar e tornar possível a correta manutenção preventiva, manutenção condicionada e manutenção corretiva.

A manutenção preventiva condicionada, como o nome sugere, é uma manutenção dependente de tecnologia mais avançada, visando apurar, com mais precisão, as condições e o estado da estrutura. O seu diagnóstico encontra-se condicionado a procedimentos técnicos, a recursos e instrumentos especializados, como: o ultrassom, que detecta fissuras estruturais; a espectrometria, que realiza diagnóstico através de análise da natureza de partículas presentes no lubrificante; a ferrografia, que quantifica o desgaste através de análises minucioso; a manutenção preventiva condicionada recorre, ainda, a outros indicadores e meios de diagnóstico precoce, como: aquecimento, velocidade, ruído, desgaste, folga, desbalanceamento, desalinhamento, desregulagem e outros.

GESTÃO DOS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO PREDIAL

A durabilidade de uma edificação de cuidados à saúde não depende apenas da qualidade dos materiais empregados em sua construção. É necessário garantir o uso adequado dos sistemas prediais, executar as ações de manutenção em conformidade e planejamento e tomar as ações de manutenção corretiva sempre que necessário.

Estas ações devem ser percebidas como investimento no patrimônio público. Visando fornecer subsídios para o planejamento e execução das ações dos serviços de manutenção, apresentamos a seguir as fichas de referência para os sistemas críticos, contendo as seguintes informações:

- Descrição do sistema;
- Cuidados de uso;
- Manutenção preventiva;
- Manutenção corretiva – critérios de inspeção.

Consideram-se os seguintes serviços críticos:

- Instalações Hidrossanitárias;
- Instalações Elétricas;
- Revestimento de Paredes e Tetos;
- Revestimento Cerâmico e Rejunte;
- Revestimento de Pedras Naturais;
- Piso Cimentado e Pisos Acabados em Concreto;
- Pintura Interna e Externa;
- Esquadrias;
- Forros;
- Divisórias;
- Impermeabilização;
- Coberturas;
- Sistemas de Condicionamento de Ar.

É importante ressaltar que as recomendações contidas nas fichas apresentadas a seguir, devem ser avaliadas quanto à sua pertinência para o prédio em questão, devendo-se fazer as adaptações necessárias, principalmente no que se refere à periodicidade das manutenções preventivas.

Instalações Hidrossanitárias

Descrição do Sistema: As instalações hidrossanitárias são constituídas pelas seguintes partes:

Água Fria e Água Quente:

- Pontos de água (fria e quente): pontos que alimentam os lavatórios, os vasos sanitários, os chuveiros, as pias, os tanques e as máquinas de lavar tubulação de sucção: entre o ponto de tomada no reservatório inferior e a entrada da bomba. Tubulação de recalque: leva água do reservatório inferior para o reservatório superior;
- Barrilete: conjunto de tubulações de saída do reservatório superior que alimentam as colunas de distribuição (prumadas);
- Prumadas de água (fria): são constituídas por tubulações principais que trazem a água do reservatório superior;
- Ramais e sub-ramais de distribuição de água (fria e quente): alimentadores dos diversos pontos, nos cômodos apropriados;
- Aquecedores: podem ser individuais ou centrais, de passagem ou por acumulação;

- Para estes equipamentos, seguir recomendações específicas dos fabricantes.

Registros:

- Registros de pressão: válvulas de pequeno porte, instaladas em sub-ramais ou em pontos de utilização, destinadas à regulagem da vazão de água ou fechamento;
- Registros de gaveta: válvulas de fecho para a instalação hidráulica predial, destinadas à interrupção eventual de passagem de água para reparos na rede ou ramal.

Esgoto:

- Pontos de esgoto: pontos por onde são liberadas as águas servidas de lavatórios, vasos sanitários, tanques etc, além dos ralos secos e sifonados;
- Tubulação de esgoto: dividida em ramais de descarga, ramais de esgoto, tubos de queda, sub coletores e coletores;
- Tubulação de ventilação: possibilita o escoamento dos gases emanados do coletor público.

Ralos e sifões:

- Ralos: devem possuir grelhas de proteção para evitar que detritos maiores caiam em seu interior, ocasionando entupimento;
- Ralos sifonados e sifões: possuem "fecho hídrico", que consiste numa pequena cortina de água, que evita o retorno do mau cheiro.

Águas pluviais:

- Águas de chuvas ou de lavagem: são normalmente coletadas pelas redes pluviais;
- Sistema de águas pluviais: tem a função de recolher e dispor adequadamente as águas pluviais. Composto por calhas e condutores horizontais e verticais.

Sistemas hidráulicos de combate a incêndio:

- Constituídos por reserva de água específica, tubulação de incêndio, hidrantes, mangotinhos e sprinklers. Os sistemas hidráulicos de combate a incêndios trabalham com pressões e vazões mínimas superiores às de uma instalação predial convencional. Na maioria das vezes deve ser utilizado um sistema de bombas de incêndio para recalcar a água com pressão suficiente para produzir a vazão requerida ou, simplesmente, reforçar a pressão natural existente.

Cuidados de Uso:

- Não lançar objetos nos vasos sanitários e ralos que possam causar entupimento, tais como: absorventes higiênicos, folhas de papel, cotonetes, cabelos, fio dental, etc;
- Não jogar gordura ou resíduo sólido nas pias e nos lavatórios. Jogá-los no lixo;
- Não subir ou se apoiar nas louças e bancadas, pois podem se soltar ou quebrar, causando ferimentos graves. Não permitir sobrecarga sobre as bancadas;
- Não utilizar hastes, ácidos ou similares para desobstrução do esgoto;
- Banheiros, cozinhas e áreas de serviço sem utilização por longos períodos podem ocasionar mau cheiro, em função da ausência de água nos ralos e sifões. Para eliminar este problema, basta adicionar uma pequena quantidade de óleo de cozinha para a formação de uma película, evitando-se assim a evaporação;
- Durante longos períodos sem utilização de áreas molhadas, manter os registros de gaveta fechados;
- Não apertar em demasia os registros, torneiras e misturadores;
- Ao instalar filtros e torneiras não os atarraxar com excesso de força, pois pode danificar a saída da tubulação, provocando vazamentos;
- Não retirar elementos de apoio de peças de utilização ou bancadas (mão francesa, coluna do tanque, etc.);
- Manter desobstruído o extravasor (ladrão);
- Manter o ralo e seu entorno livre de detritos ou qualquer material que possa causar entupimento;
- Limpar os metais sanitários, ralos das pias e lavatórios, louças e cubas de aço inox em pias, com água e sabão neutro e pano macio. Nunca com esponja ou palha de aço e produtos abrasivos;
- O sistema de combate a incêndio não pode ser modificado e a água de reserva deve ser mantida;
- Manter instalações de incêndio sinalizadas;
- Nunca utilizar a mangueira do hidrante para qualquer outro uso que não seja combate a incêndio;
- Manter livre o acesso a hidrantes e extintores;
- Não utilizar a caixa de incêndio para depósito de materiais, mesmo que temporariamente.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção:

- Realizar uma verificação visual dos pontos de saída de água, registros, válvulas, pontos de coleta de esgoto, ralos, etc., após a conclusão dos reparos;
- Verificar se os materiais utilizados nos reparos atendem às normas de referência (indicação nas peças) e se são compatíveis com os materiais já instalados;

- Verificar o correto funcionamento de registros e válvulas, após a conclusão da instalação de água fria. Para verificar o registro de gaveta, fechá-lo e abrir uma torneira. Um leve escoamento de água é aceitável nestes casos;
- Em caso de reparos em tubulações de água, solicitar que sejam realizados testes de pressão. Verificar se existem vazamentos, utilizando água sob pressão 50% superior à pressão estática máxima da instalação durante pelo menos 6 horas. Aguardar 1h para cada metro de coluna d´água antes de submeter à tubulação à pressão. Caso se faça teste de pressão, aguardar 12h;
- Verificar inclinações mínimas dos tubos de esgoto: 1% para DN 100 e 2% para DN 75;
- Verificar diâmetro mínimo dos tubos de esgoto;
- Ramal de descarga de esgoto secundário: DN 40;
- Ramal de descarga que descarregue vaso sanitário: DN 100;
- Tubo de queda que descarregue vaso sanitário: DN 100;
- Coletor Predial: DN 100;
- Cortes em tubos devem sempre ser executados perpendicularmente ao eixo da peça;
- Tubos cortados fora de esquadro podem originar vazamentos;
- Verificar inclinação mínima das calhas: 0,5%.

Instalações Elétricas

Descrição do Sistema:

Uma instalação elétrica é constituída por diversos elementos, tais como componentes elétricos, circuitos e quadro elétrico de distribuição, conforme descrito a seguir.

Componentes Elétricos:

- Tomadas de uso geral: para ligação de aparelhos de utilização móveis ou portáteis;
- Tomadas de uso específico: para ligação de equipamentos fixos e estacionários;
- Pontos de iluminação: para ligação de lâmpadas e luminárias;
- Interruptores: para acionamento dos pontos de iluminação;
- Quadro de distribuição (QD): recebe a energia do medidor e distribui para os diversos circuitos. Neles se encontram os dispositivos de proteção (disjuntores).

Condutores Elétricos:

- Tem a função de transportar energia elétrica necessária ao bom funcionamento de todos os equipamentos. São feitos comumente de cobre ou de alumínio, com isolamento de PVC.

Eletroduto:

- Tem função de proteger os condutores contra as ações mecânicas e corrosão. Tem também a função de proteger contra perigos de incêndio, resultante de superaquecimento de condutores. Podem ser tubos de metal ou de PVC, rígidos ou flexíveis.

Circuito:

É um conjunto de tomadas de uso geral e específico, pontos de energia, pontos de iluminação e interruptores, cuja fiação se encontra interligada.

Quadro Elétrico:

- É composto por disjuntor geral com chave seccionadora ou dispositiva diferencial residual (DR), que desliga todos os circuitos, e por diversos disjuntores secundários, que desligam os seus respectivos circuitos. Esse disjuntor diferencial tem ainda a função de segurança de todos os circuitos elétricos contra as correntes de fuga provocadas por aparelhos eletrodomésticos ou instalação elétrica em más condições de conservação. Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas (SPDA):
- É constituído pelos seguintes elementos: captores (para-raios, terminais), condutores de interligação ou descida, sistema de aterramento (hastes, cabos). Sistema de Aterramento:
- Parte da instalação elétrica que visa proteger as edificações e as pessoas contra descargas atmosféricas e cargas eletrostáticas, por meio de ligação a terra. Constituído por condutor de proteção e eletrodo de aterramento (quando em barras rígidas, é chamado de haste de aterramento).

Cuidados de Uso:

- Em caso de sobrecarga momentânea, o disjuntor do circuito atingido se desligará automaticamente. Neste caso, bastará religá-lo e tudo voltará ao normal. Caso ele volte a desligar, é sinal de que há sobrecarga contínua ou que está ocorrendo um curto em algum aparelho ou no próprio circuito. Neste caso, é preciso solicitar os serviços de um profissional habilitado;
- Sempre que for fazer manutenção, limpeza, reaperto nas instalações elétricas ou mesmo uma simples troca de lâmpadas, desligue o disjuntor correspondente ao circuito ou, na dúvida, o disjuntor geral;
- Em caso de necessidade de corte de energia, sobretudo havendo dúvida sobre o disjuntor específico, desligar o disjuntor geral ou disjuntor diferencial residual (DR);

- Ao adquirir aparelhos elétricos, verifique se o local escolhido para a sua colocação é provido de instalação elétrica adequada para o seu funcionamento nas condições especificadas pelos fabricantes;
- Utilizar proteção individual (ex: estabilizadores, filtros de linha e etc.) para equipamentos mais sensíveis (como computadores, central de telefone, etc.);
- As instalações de equipamentos, lustres ou similares deverão ser executadas por técnico habilitado, observando-se em especial o aterramento, tensão (voltagem), bitola e qualidade dos fios, isolamentos, tomadas e plug's a serem empregados;
- Em instalações aparentes, os eletrodutos rígidos devem ser fixados de modo a constituírem um sistema de boa aparência e firmeza;
- Não abrir furos em paredes próximas ao quadro de distribuição;
- Não utilizar "benjamins" ou extensões com várias tomadas, pois eles provocam sobrecargas;
- Nunca ligar aparelhos diretamente nos quadros de luz;
- Não ligar aparelhos com voltagem diferente das tomadas;
- Quaisquer serviços nos sistemas elétricos devem ser realizados por profissionais habilitados;
- Efetuar limpeza nas partes externas das instalações somente com pano seco;
- Em caso de incêndio, desligar o disjuntor geral do quadro distribuição;
- Quando a edificação estiver sem uso, recomenda-se desligar a chave geral (disjuntor geral) no quadro de distribuição;
- Só instalar lâmpadas compatíveis com a tensão do projeto;
- Evitar contato dos componentes dos sistemas com água;
- Identificar a tensão das tomadas diferentes do padrão da edificação. (Ex: identificar tomadas em 220 v quando o padrão geral for 127 v).

Manutenção Preventiva, Periodicidade / Recomendações gerais:

- É de responsabilidade de contratantes e contratados cumprir a NR-10 – Segurança em Instalações e Serviços de Eletricidade;
- A manutenção deve ser executada com os circuitos desenergizados (disjuntores desligados);
- Permitir somente que profissionais habilitados tenham acesso às instalações e equipamentos;
- Sempre que for executada manutenção nas instalações, como troca de lâmpadas, limpeza e reabertos dos componentes, desligar os disjuntores correspondentes.

Revestimentos de Paredes e Tetos

Descrição do Sistema:

Revestimento em Argamassa /Gesso:

- São revestimentos utilizados para regularizar a superfície dos elementos de vedação e estruturais, servindo de base para receber outros acabamentos ou pintura. Auxiliam na proteção dos elementos de vedação e estruturais contra a ação direta de agentes agressivos.

Cuidados de Uso:

- Antes de realizar quaisquer furos em paredes, verificar a posição das instalações hidráulicas, elétricas e impermeabilização;
- Para melhor fixação de objetos nas paredes e tetos, utilizar parafusos com buchas apropriadas ao revestimento. Evitar o uso de pregos para não danificar o acabamento;
- Evitar o choque causado por batida de portas;
- Não lavar as paredes e tetos com água e produtos abrasivos (ex: cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático).

Manutenção Preventiva – Periodicidade:

- Não há ações específicas para manutenção preventiva dos revestimentos de paredes. Deve-se, no entanto, executar inspeções periódicas e corrigir eventuais patologias (fissuras, trincas, umidade, etc.) que sejam identificadas. Repintar paredes e tetos, a cada três anos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção:

- Verificar visualmente o aspecto final do revestimento, incluindo textura adequada à aplicação do acabamento final (pintura, textura ou cerâmica);
- Quando executado grandes reparos em paredes perpendiculares, verificar o esquadro entre as paredes com esquadro de alumínio;
- Verificar a planeza do revestimento utilizando uma régua de alumínio (tolerância: ± 3 mm). Verificar a regularidade dos cantos, também com o apoio de uma régua de alumínio.

Revestimento Cerâmico e Rejuntes

Descrição do Sistema:

Azulejo / Cerâmica / Porcelanato:

- Utilizados em revestimento de paredes e pisos para dar acabamento em áreas úmidas como cozinhas, banheiros, lavabos e áreas de serviço, protegendo estes ambientes e aumentando o desempenho contra umidade e infiltração de água;
- Facilitam também a limpeza e tornam o ambiente mais higiênico, além de possuírem uma função decorativa. Devem ser assentados com argamassa colante;
- Podem ser classificados por vários critérios, entre eles o desgaste da superfície esmaltada (PEI), dureza e outros.

Argamassa colante:

- Produto industrial, no estado seco, composto de cimento Portland, agregados minerais e aditivos químicos, que, quando misturado com água, forma uma massa viscosa, plástica e aderente, empregada no assentamento de placas cerâmicas para revestimento.

Rejuntes:

- Tratamento dado às juntas de assentamento dos materiais cerâmicos e pedras naturais para garantir a estanqueidade e o acabamento final dos revestimentos;
- Os rejuntes também tem a função de absorver pequenas deformações, por isso, existe um tipo específico de rejuntamento para cada local e tipo de revestimento;
- São utilizados no preenchimento das juntas de revestimentos cerâmicos em pisos e paredes, tanto internos(as) quanto externamente. Também são utilizados em pedras naturais, pastilhas de porcelana e pastilhas de vidro.

Cuidados de Uso:

- Antes de perfurar qualquer peça, devem-se consultar os projetos de instalações para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas;
- Para fixação de móveis ou acessórios, utilizar somente parafusos com buchas especiais, evitando impacto nos revestimentos que possam causar fissuras;
- Utilizar sabão neutro para lavagem. Não utilizar produtos químicos corrosivos tais como cloro líquido, soda cáustica ou ácida muriático. O uso de produtos ácidos e alcalinos pode causar problemas de ataque químico nas placas cerâmicas e nos rejuntes;
- Na limpeza, tomar cuidado com o encontro de paredes e tetos em gesso;
- Não utilizar bomba de pressurização de água na lavagem, bem como vassouras de piaçava ou escovas com cerdas duras, pois podem danificar o rejuntamento;
- Evitar bater com peças pontiagudas, que podem causar lascamento nas placas cerâmicas;

- Cuidado no transporte de eletrodomésticos, móveis e materiais pesados: Não os arrastar sobre o piso, a fim de evitar riscos, desgastes e/ou lascamentos;
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas;
- Não usar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza de cantos difíceis;
- Usar escova apropriada;
- Não raspar com espátulas metálicas. Usar, quando necessário, espátulas de PVC;
- Não utilizar palhas ou esponjas de aço na limpeza;
- Em áreas muito úmidas como banheiros, deixar sempre o ambiente ventilado para evitar fungo ou bolor nos rejuntes.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção:

- Verificar na embalagem se as características dos produtos (cerâmicas, argamassas colantes, rejuntes) atendem aos requisitos de uso;
- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências;
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não deve haver falhas (falta ou excesso);
- Verificar visualmente a limpeza das peças.

Revestimento em Pedras Naturais

Descrição do Sistema:

Pedras naturais são mármores, granitos, ardósias, etc. São utilizadas em revestimento de pisos e paredes, internas e externamente. Além de ser elemento decorativo, podem evitar a passagem de água, presença de umidade e diminuir a propagação do som. São utilizadas também em tampos de pia e balcões.

As pedras são extraídas de jazidas naturais e podem ou não receber acabamento. Características como a dureza dependerão do tipo de cada pedra. As diferenças de tonalidade e desenho também são características destes tipos de revestimento.

As peças poderão ser assentadas sobre argamassa, com aplicação de argamassa colante ou utilização de peças metálicas, estas mais usuais em fachadas.

Cuidados de Uso:

- Antes de perfurar qualquer peça devem-se consultar os projetos de instalações, para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas;
- Não usar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa;
- Utilizar sabão neutro próprio para lavagem de pedras. Não utilizar produtos corrosivos que contenham em sua composição produtos químicos, tais como, cloro líquido, soda cáustica ou ácida muriático;
- Nos procedimentos diários de limpeza de pedras polidas, sempre procurar remover primeiro o pó ou partículas sólidas com um pano macio ou escova de pelo nos tampos de pias e balcões. Nos pisos e escadarias, remover com vassoura de pelo ou mop pó, sem aplicar pressão excessiva para evitar riscos e desgastes precoces devido ao atrito. Em seguida, aplicar um pano ou mop líquido (sempre bem torcidos, sem excesso de água) com água ou solução diluída de detergente neutro para pedras. Por fim, aplicar um pano macio de algodão para secar a superfície. Evitar a lavagem de pedras para que não surjam manchas e eflorescências e, quando necessário, utilizar detergente específico;
- Nunca tentar remover manchas com produtos genéricos de limpeza ou com soluções caseiras. Sempre que houver algum problema, procurar consultar empresas especializadas, pois muitas vezes a aplicação de produtos inadequados em manchas pode, além de danificar a pedra, tornar as manchas permanentes;
- No caso de pedras naturais utilizadas em ambientes externos, em dias de chuva poderá ocorrer acúmulo localizado de água, em função das características das pedras utilizadas. Se necessário, remover a água com auxílio de rodo;
- Sempre que possível, utilizar capachos ou tapetes nas entradas, para evitar o volume de partículas sólidas sobre o piso;
- Utilizar protetores de feltros e/ou mantas de borracha nos pés dos móveis;
- Evitar bater com peças pontiagudas;
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não os arrastar sobre o piso;
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas;
- Não deixar cair sobre a superfície graxa, óleo, massa de vidro e tinta. Caso isto ocorra, limpar imediatamente;
- Sempre que produtos causadores de mancha (café, refrigerante, alimentos, etc.) cair sobre a superfície, procurar limpá-la com pano absorvente ou papel toalha;
- Em áreas muito úmidas, manter o ambiente ventilado para evitar o aparecimento de mofo (bolor).

Manutenção Preventiva – Periodicidade:

Em caso de reforma, cuidado para não danificar a camada impermeabilizante, quando houver. No caso de fixação das pedras com elementos metálicos, não remover nenhum suporte e no caso de substituição contatar uma empresa especializada.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção:

- Para a recolocação de peças, atentar para o uso correto da argamassa colante para cada tipo de pedra e ambiente (interno e externo);
- Verificar na embalagem se as características das argamassas colantes atendem aos requisitos de uso;
- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências;
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não deve haver falhas (falta ou excesso);
- Verificar visualmente a limpeza das peças.

Pisos Cimentados e Acabados em Concreto

Descrição do Sistema:

São argamassas ou concreto, especificamente preparados, destinados a regularizar e dar acabamento final a pisos e lajes ou servir de base para assentamento de revestimentos como cerâmicas, pedras, carpete, pisos laminados e outros.

Cuidados de Uso:

- Não utilizar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa;
- Não deixar cair óleos, graxas, solventes e produtos químicos (ácidos etc.);
- Em caso de danos, principalmente em garagens ou áreas externas, proceder à imediata recuperação do piso cimentado sob risco de aumento gradual da área danificada;
- Quando especificado para receber um determinado tipo de revestimento, este deve ser colocado, o mais rápido possível, para evitar danos;
- Evitar bater com peças pontiagudas;
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não os arrastar sobre o piso;
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos cantos de difícil acesso;

- Na limpeza, não raspar com espátulas metálicas. Utilizar, quando necessário, espátula de PVC;
- Promover o uso adequado e evitar sobrecargas, conforme definido nos projetos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- No caso de demolição parcial do piso, atentar para não provocar deformações, destacamentos, depressões, saliências, fissuras ou outras imperfeições, tanto no piso remanescente como no trecho novo;
- Verificar o caimento do contrapiso para os locais de escoamento da água; O caimento mínimo deve ser de 0,5% em áreas molhadas ou áreas externas. A verificação final pode ser feita jogando-se água no piso;
- Verificar visualmente o acabamento da superfície;
- Verificar aderência do piso à base através da percussão de martelo de borracha;
- Verificar a execução das juntas em pisos externos. Os quadros não devem ter dimensões maiores do que 2,5m;

Pintura (Interna e Externa)

Descrição do Sistema:

As pinturas proporcionam proteção às edificações como material de acabamento final, possibilitando uniformidade da superfície, proteção de elementos estruturais, tais como, reboco, gesso, madeira, etc., bem como conforto e beleza pela utilização de cores. A pintura é composta de fundos, massas, tintas, textura e, por fim, acabamento, conforme descrição a seguir.

- Tintas de fundo – parede Selador PVA: recomendado para reduzir e uniformizar a absorção de superfícies internas porosas, sem pintura, como reboco, concreto, tijolo, gesso, massas niveladoras;
- Preparador de paredes: recomendado para uniformizar ou reduzir a absorção de superfícies porosas como o gesso, tijolo aparente, telha cerâmica, concreto e pedras; bem como aumentar a coesão de superfícies friáveis e sem resistência mecânica como rebocos de baixa resistência mecânica e superfícies de caiação;
- Massas de regularização da superfície – parede massa corrida (PVA): indicada para paredes internas, nivelando e corrigindo imperfeições. Aplicada com desempenadeira de aço, em camadas finas e sucessivas;

- Massa acrílica: é um produto indicado para corrigir, alisar e uniformizar superfícies de concreto e argamassa, em ambientes externos e internos, proporcionando um acabamento liso;
- Tintas de acabamento – parede Tinta látex PVA: tinta à base de água, de alta qualidade, torna-se mais econômica, porque contêm mais sólidos e menos líquido, possuindo assim, maior poder de cobertura e durabilidade. Aplicáveis em superfícies internas. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso;
- Tinta acrílica: tinta à base de resina acrílica e pigmentos de alta qualidade, sendo solúvel em água. Apresenta secagem rápida, odor suave, cores vivas, firmes e resistentes à luz. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.

Tintas de fundo – madeira:

- Fundo fosco ou fundo sintético nivelador (branco): melhora o rendimento e a qualidade dos esmaltes, proporcionando ótimo poder de enchimento e fácil lixamento. Uso interno e externo. Sua diluição é feita com aguarrás. Aplicado com pincel ou rolo de espuma;
- Seladora para madeiras (incolor): melhora o rendimento e a qualidade do acabamento dos vernizes, proporcionando ótimo poder de enchimento e maior maciez no lixamento. Utilizado em local interno.

Massa de regularização – madeira

- Massa a óleo para madeira: indicada para nivelar e corrigir imperfeições de superfícies externas e internas de madeira. Seu alto poder de enchimento esconde os veios da madeira. Para diluir, adicionar a aguarrás. Sua aplicação é feita com espátula e desempenadeira. Não deve ser aplicada diretamente sobre a madeira. É necessária a preparação da superfície usando o fundo preparador para madeira.

Tinta de acabamento – madeira

- Esmalte acetinado: é ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira. Além de fácil aplicação, ele também resiste às agressões do tempo;
- Esmalte brilhante: garante um resultado mais duradouro contra agressões do tempo. É ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira;
- Esmalte fosco: ideal para pintura de quadros escolares (lousas) e superfícies internas e externas de madeira e metais;
- Tinta a óleo: usado em superfícies externas e internas de madeira e metais. Sua diluição é com aguarrás;

- Verniz Copal: é fácil de aplicar e não altera a cor original da madeira; Serve como acabamento para uso interno e externo da madeira;
- Verniz marítimo: sua fina camada transparente protege o aspecto natural da madeira e proporciona um bom acabamento. Serve para uso interno e externo;
- Verniz tingidor: enverniza e altera a tonalidade de superfícies novas de madeira, recupera as madeiras que sofreram desbotamento pela ação do tempo e protege contra a ação do sol, chuva, maresia e poluição. Tinge a madeira, sem deixar de valorizar os seus veios naturais.

Outros produtos:

- Aguarrás: indicado para a diluição de esmalte sintético, tinta a óleo, vernizes e para limpeza de equipamentos de pintura;
- Removedores: são produtos químicos destinados à remoção de tinta seca, para preparação de uma nova superfície a ser pintada.

Cuidados de Uso:

- Evitar atrito nas superfícies pintadas, pois a abrasão pode remover a tinta, deixando manchas;
- Evitar pancadas que marquem ou trinquem a superfície;
- Evitar contato de produtos químicos de limpeza, principalmente produtos ácidos;
- Em caso de necessidade de limpeza, jamais utilizar esponjas ásperas, buchas, palha de aço, lixas e máquinas com jato de pressão;
- Evitar o contato com pontas de lápis ou canetas;
- Não utilizar álcool para limpeza de áreas pintadas;
- Nas áreas internas com pintura, evitar a exposição prolongada ao sol, utilizando cortinas nas janelas;
- Para remoção de poeira, manchas ou sujeiras em paredes e tetos, devem- se utilizar espanadores, flanelas secas ou levemente umedecidas com água e sabão neutro. Deve-se tomar o cuidado de não exercer pressão demais na superfície;
- Em caso de manchas de gordura, limpar com água e sabão neutro imediatamente.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção:

- No caso de demolição parcial do piso, atentar para não provocar deformações, destacamentos, depressões, saliências, fissuras ou outras imperfeições, tanto no piso remanescente como no trecho novo;

- Verificar o caimento do contrapiso para os locais de escoamento da água. O caimento mínimo deve ser de 0,5% em áreas molhadas ou áreas externas. A verificação final pode ser feita jogando-se água no piso;
- Verificar visualmente o acabamento da superfície;
- Verificar aderência do piso à base através da percussão de martelo de borracha;
- Verificar a execução das juntas em pisos externos. Os quadros não devem ter dimensões maiores do que 2,5m.

Recomendações gerais para execução de pinturas:

- Em caso de necessidade de retoque, deve-se repintar todo o pano da parede (de quina a quina), para evitar diferenças de tonalidade entre a tinta velha e a nova numa mesma parede;
- Rebocos novos devem ter sido executados há, pelo menos, 28 dias;
- Evitar realizar pintura em dias com muita umidade sujeitos a chuva;
- Partes soltas ou mal aderidas devem ser eliminadas, raspando, lixando ou escovando a superfície;
- Imperfeições profundas do reboco/cimentado devem ser corrigidas com argamassa;
- Imperfeições rasas das superfícies devem ser corrigidas com massa acrílica (reboco externo e interno) ou massa corrida (reboco interno);
- Antes de iniciar a pintura: forrar o chão, retirar os espelhos dos interruptores e proteger rodapés e esquadrias;
- Antes de executar a pintura de paredes e tetos, proteger as esquadrias de alumínio com fitas adesivas de PVC. As fitas tipo crepe costumam manchar as esquadrias quando em contato prolongado;
- Remover a fita adesiva imediatamente após o uso;
- Verificar visualmente se foram removidas as sujeiras, incrustações, partes soltas ou mal aderidas, etc., antes da pintura;
- Verificar se os produtos foram aplicados na sequência correta e com número correto de demãos;
- Verificar se a pintura de acabamento está com brilho, textura e cor uniformes e sem marcas de pincéis, falhas, emendas, escorrimentos e enrugamentos;
- Verificar se as superfícies adjacentes às destinadas à pintura estão limpas, sem sinais de salpicos e escorridos e se a pintura fresca está protegida contra incidência de poeira e água;
- Verificar se as ferramentas foram deixadas limpas.

Esquadrias

Descrição do Sistema:

Elementos de fechamento de vãos das edificações, que fornecem segurança, permitem a passagem de pessoas, iluminação e ventilação.

Uma boa esquadria deve atender requisitos de durabilidade ao ar e a água, além de apresentar facilidade de manuseio, sem exigir esforço do usuário nas operações de abrir e fechar.

As esquadrias também abrangem corrimão, guarda-corpo, batente e outros elementos arquitetônicos.

As esquadrias podem ser confeccionadas dos seguintes materiais:

- Madeira: pintada ou natural;
- Alumínio: anodizado ou pintado;
- Aço: chapa dobrada ou de perfilados;
- Sintéticos: PVC;
- Vidro: autoportantes;
- Outros.

A seguir, seguem classificações das esquadrias, quanto à forma de funcionamento:

- Charneira ("de abrir"): porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical na borda da folha, como a maioria das portas;
- Pivotante: porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical, através de pivôs, passando por um ponto entre as bordas da folha (muito comum nas portas de vidro temperado);
- Basculante: janela com movimento de rotação sobre o eixo horizontal (muito comum em janelas de sanitários). Proporcionam ventilação ao ambiente limitando / impedindo o acesso de água da chuva;
- Guilhotina: janela com movimento de translação na direção vertical. Deve-se ter especial atenção com o dispositivo de fixação da parte móvel;
- De correr: porta ou janela com movimento de translação na direção horizontal. Não interferem nas áreas externas ou internas, permitindo, no caso de janelas, o uso de telas, persianas ou cortinas. Oferecem a possibilidade de regulagem da abertura das folhas, propiciando maior conforto na aeração do ambiente.

Cuidados de Uso:

- As janelas devem correr suavemente, não devendo ser forçadas;
- Não arrastar objetos através dos vãos de janelas e portas maiores que o previsto, pois podem danificar seriamente as esquadrias;
- Providenciar batedores de porta a fim de não prejudicar as paredes e maçanetas;
- Manter as portas permanentemente fechadas ou travadas, evitando assim o seu empenamento ou danos devidos às rajadas de vento;
- Em caso de ventos fortes, manter fechados ou travados os basculantes evitando que os mesmos se fechem bruscamente, o que pode quebrar os vidros e danificar os caixilhos;
- Não usar detergentes com saponáceos, esponjas de aço ou qualquer outro material abrasivo;
- Não usar produtos ácidos ou alcalinos. Sua aplicação poderá causar manchas na pintura;
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos "cantinhos" de difícil acesso. Essa operação poderá ser feita com o auxílio de pincel;
- Não utilizar vaselina, removedor, thinner ou qualquer outro produto derivado do petróleo, pois além de ressecar plásticos e borrachas, fazendo com que percam sua função de vedação, estes produtos possuem componentes que vão atrair partículas de poeira que agirão como abrasivo, reduzindo em muito a vida útil do acabamento superficial;
- Não remover as massas de vedação;
- As esquadrias de alumínio modernas são fabricadas com acessórios articuláveis (braços, fechos e dobradiças) e deslizantes (roldanas e rolamentos) de nylon, que não exigem nenhum tipo de lubrificação. Suas partes móveis, eixos e pinos são envolvidos por uma camada de material autolubrificante, de grande resistência ao atrito e às intempéries.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção:

- Verificar se as folhas da janela possuem gaxetas – peças de vedação em borracha – ou escovas fixadas ao longo de todo o perímetro das folhas;
- Pressionar a janela fechada, de dentro para fora. A pressão não deve provocar abertura alguma entre as gaxetas. Para que a janela seja totalmente estanque é indispensável que todas as gaxetas permaneçam comprimidas quando as folhas estiverem fechadas. Procedimento de avaliação: colocar uma folha de papel (de preferência celofane) entre as folhas de abrir e a fixa. Depois é só fechar e puxar o papel. Se ele não sair, a vedação está boa;
- Verificar se o trinco está firme e se ele fecha sem sofrer ou causar deformações;
- Verificar a existência de pequenos rasgos ou furos nos trilhos inferiores, que permitam o escoamento da água de chuva;

- Verificar se as peças estão perfeitamente parafusadas;
- Verificar se os parafusos estão íntegros, sem pontos de ferrugem;
- Verificar se os vidros estão bem fixados e em tamanho adequado à folha da esquadria;
- Verificar se a pintura ou anodização está homogênea, sem riscos nem amassamentos.

Forros

Descrição do Sistema:

Revestimento interno aplicado no teto das construções. Contribuem para a estética e para o conforto do usuário. São executados após finalização dos revestimentos verticais e das instalações a serem embutidas.

Os forros são normalmente compostos por um fixador (que o prende ao teto), um porta painel e um painel. Os painéis podem ser de diversos materiais, como:

- Madeira;
- PVC (em placas removíveis ou lâminas);
- Gesso (em placas e acartonado);
- Fibra mineral;
- Isopor;
- Lã de vidro;
- Metal.

Os forros com painéis removíveis (PVC, fibra, isopor, etc.) tem a vantagem de facilitar o acesso às instalações embutidas para execução de reparos ou modificações.

Cuidados de Uso: Forros de Madeira

- Fazer a impermeabilização da madeira para evitar possíveis problemas como: rachaduras e presença de fungos;
- Água proveniente de vazamento ou de vapor gerado nos banheiros e cozinhas pode comprometer a durabilidade do forro. Uma ventilação adequada pode evitar problema de menor intensidade;
- A limpeza pode ser feita com o uso de pano seco ou por aspiração mecânica.

Forros de PVC:

- É necessário ter cuidado com a instalação de luminárias, pois os forros podem sofrer deformações ou manchas devido ao excesso de calor;
- De preferência, as luminárias devem estar fixadas na estrutura de apoio e não nas placas de PVC;
- As lâminas utilizadas nesta estrutura devem ter tons pastel: branco, bege ou cinza claro. Outras tonalidades estão sujeitas a manchas;
- Para limpeza, utilizar um pano embebido em detergente ou sabão neutro e água;
- Não forçar o forro para evitar danos ao mesmo.

Forros de Gesso:

- Não lavar o forro com água e produtos abrasivos;
- Não fixar suportes para pendurar vasos ou quaisquer outros objetos, pois o forro não é dimensionado para suportar pesos;
- Evitar impactos no forro que possam danificá-los;
- Manter os ambientes ventilados, evitando o aparecimento de bolor nos tetos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção:

- Verificar a adequada fixação das peças do forro;
- Verificar o nivelamento do forro;
- Verificar visualmente a homogeneidade do forro de gesso, o acabamento do rejunte e se não há presença de marcas das emendas em relevo.

Divisórias

Descrição do Sistema:

Elementos, normalmente de pequena espessura quando comparado com as paredes de alvenaria, que permitem a divisão de ambientes. A rapidez na instalação e a possibilidade de montar e desmontar facilitam modificações de layout.

São normalmente compostas por:

- Perfis metálicos: ficam fixados nas paredes, pisos e tetos, e dão suporte aos painéis;
- Painéis: podem ser encontrados em diversos materiais, sendo mais comuns os painéis de gesso acartonado e chapas de madeira reconstituída (“chapa dura”, tipo Eucatex), revestidas com laminado melamínico. Há ainda painéis em madeira revestida por placas cimentícias que possuem maior resistência a impactos e aos esforços mecânicos;

- Enchimentos: normalmente em fibras de vidro ou lã de rocha, visam melhorar o isolamento termoacústico;
- Vidros e acessórios.

Cuidados de Uso:

- Evitar choques e sobrecargas. Não forçar as divisórias;
- Limpar com pano macio seco ou levemente umedecido. Nunca molhar as divisórias.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção:

A manutenção corretiva das divisórias deve ser realizada sempre com os mesmos materiais das divisórias originais. O sistema de gesso acartonado possui arremates, acessórios e parafusos próprios do sistema. Não improvisar. Atentar para a cor do acabamento das chapas e dos perfis:

- Verificar estabilidade dos painéis e fixação dos vidros, após a instalação das divisórias;
- Verificar prumo das divisórias com auxílio de uma régua de prumo;
- Verificar visualmente o acabamento das chapas e das emendas das divisórias de gesso acartonado.

Impermeabilização

Descrição do Sistema:

É o tratamento dado em partes e/ou componentes da construção para garantir estanqueidade e impedir a infiltração de água e vapor. Existem vários tipos de materiais empregados nas impermeabilizações, tais como mantas pré-fabricadas, membranas asfálticas, argamassas poliméricas, resinas acrílicas termoplásticas, membranas acrílicas, etc.

A seguir, estão conceituados alguns tipos de impermeabilização, classificados em impermeabilização rígida e flexível, conforme NBR 9575 – Seleção e Projeto:

- Sistema Rígido: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas não sujeitas a fissuração, devido a variações térmicas diferenciadas, grandes vibrações, exposição solar, tais como reservatórios de água enterrados e subsolos;
- Argamassa impermeável com aditivo hidrófugo: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de areia, cimento, aditivo hidrófugo e água, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes;

- Argamassa modificada com polímero: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes;
- Argamassa polimérica: tipo de impermeabilização industrializada aplicada em substrato de concreto e alvenaria, constituída de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes;
- Sistema Flexível: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas sujeitas à fissuração, devido a variações térmicas, grandes vibrações, exposição solar, tais como, lajes (maciças, mistas ou pré-moldada), espelhos d´água, calhas de grandes dimensões, jardineiras e floreiras, pisos frios (banheiros, cozinhas, áreas de serviço);
- Membrana de asfalto modificado: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo o asfalto modificado um produto sólido de cor entre preta e marrom escura, obtido pela modificação do cimento asfáltico de petróleo com polímeros, que se funde gradualmente pelo calor, de modo a se obter determinadas características físico-químicas;
- Membrana de emulsão asfáltica: produtos impermeabilizantes, moldados no local, com ou sem estruturante, sendo a emulsão asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em água, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc.);
- Membrana de solução asfáltica: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo a solução asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em solvente especial, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc.);
- Manta asfáltica: produto impermeável, pré-fabricado, estruturado, obtido por calandragem, extensão ou outros processos, com características definidas. Este produto pode ser aplicado em áreas maiores, sujeitas a tráfego e grandes movimentações (estacionamentos, coberturas, piscinas, terraços, etc.).

Cuidados de Uso:

- Evitar acúmulo de água nos pisos, se necessário lavar, remover excesso de água com rodo;
- Evitar plantas com raízes agressivas que possam danificar a impermeabilização ou obstruir os drenos de escoamento;

- Manter o nível de terra em jardineiras no mínimo 10 cm abaixo da borda, para evitar infiltrações indesejáveis;
- Não permitir a fixação de antenas, postes de iluminação ou outros equipamentos sobre lajes impermeabilizadas através da utilização de buchas, parafusos ou chumbadores. Sugere-se a utilização de base de concreto sobre a camada de proteção da impermeabilização, sem removê-la ou danificá-la;
- Não fixar pregos ou parafusos e buchas, nem chumbadores nos revestimentos das platibandas, rufos, muros e paredes impermeabilizadas;
- Para qualquer tipo de instalação de equipamento sobre superfície impermeabilizada, deve-se solicitar a presença de uma empresa especializada em impermeabilização;
- Lavar os reservatórios com produtos de limpeza e materiais adequados, mantendo a caixa vazia somente o tempo necessário para limpeza. Não utilizar máquinas de alta pressão, produtos que contenham ácidos nem ferramentas como espátula, escova de aço ou qualquer tipo de material pontiagudo. É recomendável que esta lavagem seja feita por empresa especializada;
- Tomar os devidos cuidados com o uso de ferramentas como picaretas, enxadões, etc. nos serviços de plantio e manutenção dos jardins, de modo a evitar danos à camada de proteção mecânica existente;
- Não permitir que se introduzam objetos de nenhuma espécie nas juntas de trabalho.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar a inclinação do substrato das áreas horizontais: deve ser de no mínimo de 1% em direção aos coletores de água. Para calhas e áreas internas é permitido o mínimo de 0,5%;
- Verificar a estanqueidade através da colocação de água (piscina rasa) após a conclusão da impermeabilização;
- Verificar a integridade da sobreposição das faixas de manta em relação ao aspecto de colagem (fusão das mantas). Esta sobreposição deve ser de 10 cm;
- Verificar os acabamentos em cantos, tubos emergentes, canaletas, soleiras e ralos;
- Verificar a existência de reforços em cantos e ralos;
- Verificar o aspecto final da impermeabilização.

Coberturas

Descrição do Sistema:

A função das coberturas é proteger o espaço interno do edifício das intempéries do ambiente exterior (como a chuva, o vento, entre outros), também concedendo aos usuários privacidade e conforto (através de proteção acústica, térmica, etc.).

As coberturas podem ser feitas com lajes impermeabilizadas (horizontais ou inclinadas), com telhados ou mistas.

As principais partes componentes dos telhados são definidas a seguir:

- Telhamento: constituído por telhas de diversos materiais e dimensões, tendo a função de vedação. Podem-se agrupar as telhas em elementos de pequenas e grandes dimensões. As telhas de pequenas dimensões são normalmente de cerâmica ou de concreto. As telhas de grandes dimensões são fixadas diretamente nas terças, a exemplo das telhas metálicas e de fibrocimento. Quando necessário podem ser utilizadas telhas termoacústicas, que melhoram o isolamento térmico e acústico do ambiente;
- Trama: constituída geralmente por terças, caibros e ripas, tendo como função a sustentação das telhas;
- Estrutura de Apoio: constituída geralmente por tesouras, oitões, pontaletes ou vigas, tendo a função de receber e distribuir adequadamente as cargas verticais ao restante do edifício;
- Sistemas de Águas Pluviais: constituídos geralmente por rufos, calhas, condutores verticais e acessórios, tendo como função a drenagem das águas pluviais.

Cuidados de Uso:

- Para lajes impermeabilizadas (seguir recomendações de Impermeabilização);
- Evitar caminhar sobre as telhas já colocadas. Para telhas de grandes dimensões, seguir orientações dos fabricantes quanto ao local e a forma adequada de caminhar sobre as telhas.

Sistema de Condicionamento de Ar

Descrição do Sistema:

Condicionamento de ar é o controle de temperatura, umidade, movimentação, pressão e qualidade do ar, dentro de um determinado ambiente.

O mercado oferece grande número de alternativas capazes de satisfazer às necessidades de um projeto. A seleção e combinação dessas opções devem basear-se nos seguintes critérios:

desempenho, capacidade, local ocupado, custo inicial, custo operacional, flexibilidade, manutenção e durabilidade. Os sistemas de condicionamento de ar podem ser divididos em expansão direta e indireta.

No grupo de expansão direta, fazem parte os modelos em que o resfriamento ocorre diretamente em contato com o ar externo, por meio da serpentina de resfriamento.

Neste grupo se destacam:

- Condicionador de Ar de Janela (ACJ);
- Split;
- Self Contained.

No grupo de expansão indireta, o ar é resfriado por um líquido que não seja o gás refrigerante, como por exemplo, água ou etileno glicol. Neste grupo se destacam:

- Fan coils;
- Painel radiante.

As recomendações a seguir, referem-se especificamente para condicionadores de ar de janela e splits. No PMOC (plano de manutenção, operação e controle de condicionadores de ar) em anexo, são apresentadas as recomendações para os demais sistemas.

Cuidados de Uso:

- Ao ligar o condicionador de ar, mantenha as portas, as janelas e as cortinas sempre fechadas. Verificar se não existem frestas nas esquadrias ou em outros locais que permitam o escape do ar;
- Evitar ligar e desligar o sistema de condicionamento de ar diretamente no disjuntor ou na tomada;
- Manter limpos o gabinete e as grelhas, bem como, a área ao redor da unidade;
- Não exagerar na intensidade da temperatura (muito quente ou muito fria);
- Nos períodos que não usar o condicionador de ar, ligá-lo, uma vez ao mês, por alguns minutos. Se o modelo for QUENTE/FRIO, ligar no aquecimento;
- Para a limpeza da frente plástica e do gabinete do ACJ ou da unidade evaporadora do split, usar uma flanela ou um pano macio embebido em água e sabão neutro. Não usar esponja de aço ou produto abrasivo para não riscar o aparelho. Não utilizar detergente ou álcool diretamente na frente plástica;

- Não utilizar o condicionador de ar sem o filtro, pois a poeira e as impurezas irão danificá-lo ou exigir limpeza especializada.

SISTEMÁTICA DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

A Sistemática do Serviço de Manutenção Predial das unidades de saúde consiste na determinação das atividades essenciais de manutenção, sua periodicidade, os responsáveis pela execução e os recursos necessários.

A responsabilidade pela elaboração desta programação será de responsabilidade do gestor predial, profissional especializado para auxiliar na elaboração e no gerenciamento do mesmo.

O funcionário destacado para exercer a função de gestor predial deverá exercer as seguintes atividades:

- Observar o estabelecido nas normas técnicas e no manual de operação, uso e manutenção de sua edificação, se houver;
- Assessorar o gestor do prédio nas decisões sobre manutenção da edificação, inclusive na organização do sistema de manutenção;
- Providenciar e manter atualizados os registros da edificação;
- Realizar as inspeções da edificação, apresentando relatórios periódicos sobre suas condições, identificando e classificando os serviços de manutenção necessários;
- Definir planos de manutenção;
- Realizar ou supervisionar a realização de projetos e programação dos serviços de manutenção;
- Orçar previamente / estimativamente os serviços de manutenção;
- Assessorar na contratação de serviços de terceiros para a realização da manutenção da edificação, na forma das regulamentações próprias das unidades de saúde;
- Supervisionar a execução dos serviços de manutenção;
- Orientar os usuários sobre o uso adequado da edificação em conformidade com o estabelecido nas normas técnicas e no Manual de Manutenção Predial.

A sistemática proposta visa auxiliar os gestores prediais na implementação de um processo de gestão da manutenção, que privilegie o planejamento das manutenções preventivas e a previsão de recursos para sua execução. Além disso, esta sistemática visa incorporar à rotina para realização de controles da manutenção e de registros das ações tomadas, de forma prover

evidências da conformidade do serviço realizado e manter um histórico das ações executadas.

Vale lembrar a importância da contratação de empresas especializadas, de profissionais qualificados e da realização de treinamento adequado da equipe de manutenção para a execução dos serviços.

Sempre deverão ser utilizados materiais de boa qualidade, preferencialmente, seguindo as especificações de materiais utilizados na construção original da edificação.

No caso de peças de reposição de equipamentos, sugere-se fortemente o uso de peças originais, na forma da legislação vigente.

Esta sistemática envolve a descrição do fluxo do processo de gestão predial, bem como as planilhas para realização das atividades de manutenção preventiva e corretiva, além de controles de registros.

O fluxo de gestão da manutenção predial visa descrever as atividades deste processo, explicitando suas entradas, programação, controles e retroalimentação.

O fluxo da gestão da manutenção predial inicia-se com a elaboração do Cronograma Anual de Manutenção, assim como a Previsão Orçamentária Anual. Com base nestas duas planilhas, é elaborada a Programação de Manutenção Preventiva e a Programação de Manutenção Corretiva.

Tanto para a manutenção preventiva quanto para a manutenção corretiva, são previstos controles através da verificação das ações executadas. Caso uma ação não seja aprovada, o serviço deverá ser refeito, até que a solução dada seja satisfatória.

Por fim, o fluxo do processo dos serviços de manutenção predial hospitalar envolve a retroalimentação das informações, que ocorre a partir da análise de dados tanto das manutenções preventivas quanto corretivas, gerando novas informações para a revisão do cronograma anual de manutenção e previsão orçamentária anual. Esta retroalimentação está representada pela linha tracejada.

Planilhas para Planejamento e Controle da Manutenção Predial hospitalar A sistemática para planejamento e controle da gestão predial é composta por planilhas básicas, que podem ser adaptadas à necessidade de cada setor, caso necessário:

- O cronograma anual de manutenção deve ser utilizado para preparação do planejamento de longo prazo. Neste caso, sugere-se a elaboração de um cronograma anual de atividades com ações de manutenção preventiva, seguindo as periodicidades das fichas, e ações de manutenção corretiva planejadas em longo prazo. Devem ser utilizadas quantas planilhas forem necessárias, de modo que sejam planejadas todas as ações ou verificações para os serviços considerados como críticos para o prédio das unidades de saúde.

Previsão Orçamentária Anual

Esta planilha deve ser utilizada para a programação dos recursos necessários para a realização das manutenções preventivas e corretivas planejadas no cronograma anual de manutenção. Além disso, esta previsão deve incluir a reserva de recursos destinados à realização de manutenção não planejada e reposição de equipamentos ou sistemas após o término da sua vida útil.

Programação da Manutenção Preventiva

Uma planilha deve ser utilizada para a programação de manutenção preventiva, baseada no cronograma anual de manutenção. Devem ser incluídas outras ações ou verificações que não tenham sido planejadas inicialmente, mas que sejam necessárias.

Além disso, a planilha serve para verificação da manutenção preventiva realizada, assim como para registro de alguma manutenção corretiva identificada durante a realização da manutenção preventiva. Em cada uma das planilhas podem ser planejadas as ações ou verificações que deverão ser realizadas no mês ou na semana seguinte, a critério do gestor predial. Esta programação pode também ser realizada por sistema construtivo.

Programação da Manutenção Corretiva

A planilha deve ser utilizada para programação e inspeção das manutenções corretivas realizadas, assim como para a avaliação de fornecedor, caso o serviço de manutenção corretiva seja realizado por empresa terceirizada.

CONCLUSÃO

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** enfatiza, em síntese, os principais benefícios alcançados quando da implantação da proposta de gestão do Serviço de Manutenção Predial Elétrica e Hidráulica no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tais como:

- Garantia da segurança dos pacientes: a manutenção predial adequada é fundamental para garantir a segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde que atuam no hospital. Isso inclui a manutenção dos sistemas elétricos, hidráulicos, de ar-condicionado, elevadores, entre outros.
- Redução de custos: a gestão adequada da manutenção predial pode reduzir custos com reparos e substituição de equipamentos que poderiam ter sido mantidos por mais tempo com a devida manutenção.
- Maior eficiência operacional: com a manutenção predial adequada, é possível aumentar a eficiência operacional do hospital, reduzindo falhas em equipamentos, aumentando sua vida útil e minimizando a interrupção dos serviços por problemas técnicos.
- Cumprimento de normas e regulamentações: as regulamentações de saúde exigem que os hospitais mantenham seus equipamentos em perfeitas condições de uso e funcionamento. A gestão adequada da manutenção predial ajuda a cumprir essas regulamentações, evitando problemas legais e de imagem.
- Maior satisfação dos pacientes: quando um hospital está em bom estado de conservação, com suas instalações bem cuidadas e seus equipamentos funcionando adequadamente, os pacientes tendem a sentir-se mais confiantes e seguros, o que pode aumentar a satisfação com o atendimento.
- Aumento da vida útil dos equipamentos: a manutenção predial adequada pode aumentar a vida útil dos equipamentos, reduzindo os custos de substituição e o desperdício de recursos.

3.15. Proposta para o Manual de Protocolos Assistenciais

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** entende que, no âmbito da saúde, os documentos formais de um instituição, também denominados instrumentos organizacionais são ferramentas de trabalho indispensáveis para o funcionamento de um serviço, sobretudo aqueles que tem como finalidade a prestação do cuidado, visto que tais instrumentos têm o intuito de

organizar, padronizar, orientar e comunicar todo o funcionamento da instituição, desde as atividades mais simples e corriqueiras, até as mais complexas e esporádicas.

Objetivando a qualidade assistencial do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** reitera a importância dos cuidados por meio da incorporação de **Protocolos Clínicos e Assistenciais, Diretrizes Terapêuticas e Manuais**, identificando-os e ordenando-os com revisões periódicas, atualizações e novas evidências científicas estabelecidas.

Protocolos Clínicos e Assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho das equipes assistenciais e se constituem em um importante instrumento de gerenciamento em saúde. Na atualidade, valer-se dessas tecnologias é prerrogativa das instituições de saúde que prezam pela excelência dos serviços e buscam garantir a segurança dos seus profissionais e usuários. Nesse sentido, a adoção dos Protocolos para o cuidado é pertinente e proporciona suporte para organizar e conduzir o trabalho assistencial.

Para facilitar a tomada de decisões dos profissionais, os Protocolos auxiliam e descrevem situações específicas de cuidado, apresentando condutas técnicas e operacionais. Oferecem segurança no ambiente de trabalho em saúde, diminui a variabilidade de ações, induz a utilização consciente dos recursos, incorpora novas tecnologias e práticas baseadas em evidências, fortalecendo, assim, a qualidade do cuidado prestado.

A organização do trabalho depende da definição clara de normas, protocolos, regras e fluxos, os quais devem ser socializados e respeitados por todos os profissionais, de modo que as ações em conjunto atendam aos objetivos a que se propõe o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

Os protocolos assistenciais servem como guias para os profissionais realizarem um atendimento qualificado, organizado e mais humanizado aos pacientes que procuram o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

Os Protocolos de conduta clínica são proposições desenvolvidas segundo determinada metodologia, com a finalidade de auxiliar profissionais e pacientes a buscarem os cuidados mais apropriados em determinada circunstância clínica.

Focando a abordagem clínico-assistencial, o Ministério da Saúde afirma:

> *"Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia a dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)".*

Os Protocolos apresentados no presente Plano de Trabalho são modelos de roteiros que reúnem as principais caracterizações dos cenários clínicos mais frequentes em unidades e serviços de saúde, as respectivas diretrizes clínicas a serem adotadas entre os diferentes níveis de atenção.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** reconhece a importância de adotar os Protocolos dessa natureza, sensibilizando os seus profissionais e estimulando a vontade explícita de seguir as recomendações preexistentes, ou elaborar normas internas adaptadas à realidade em questão.

Objetivando mudar a prática diária nos cuidados de forma efetiva e positiva, estabelecemos algumas diretrizes que serão adotadas a fim de minimizar as possíveis barreiras existentes:

- Identificar as pessoas das equipes assistenciais que deverão ser envolvidas;
- Desenvolver uma proposta para a mudança baseada em evidências, factível e atraente aos profissionais;
- Observar as maiores dificuldades a serem enfrentadas para concretizar as mudanças;
- Selecionar um conjunto de estratégias e medidas de diferentes níveis, relacionadas ao problema, compatíveis com o orçamento e as possibilidades do serviço de saúde;
- Definir indicadores de sucesso e monitorar o avanço continua e regularmente.

A construção de Protocolos assistenciais deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde, em suas três esferas de gestão, e do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

Os protocolos, após aprovação, serão divulgados e, estando os profissionais treinados para seu uso, passam a ter efeito de norma, cabendo a estes o compromisso pelo seu cumprimento.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** propõe implementar Protocolos multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam o atendimento integral do ser cuidado. O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados e fragmentados, havendo ênfase o trabalho realizado em equipe multiprofissional.

Nesse contexto, 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.

Por fim, 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 (CANAVEZI, 2008)

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Os Protocolos implementados terão boa qualidade formal, fácil interpretação, válidos e confiáveis, com conteúdo baseados em evidências, fonte e comprovadamente efetivos, adaptados à realidade local com monitoramento de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado).

ELEMENTO	DESCRIÇÃO
Origem	Identificar claramente a instituição/departamento que emite o protocolo.
Objetivo	Informar claramente a(s) situação (es) e as categorias de pacientes para a(s) qual(is) o protocolo foi organizado, assim como o grupo de profissionais que o implementará.
Grupo de desenvolvimento	Incluir profissionais especialistas e relevantes na área e usuários finais. Incluir profissionais com experiência em metodologia de pesquisa científica, em busca de evidências, análise crítica da literatura científica e análise de custo–efetividade. Para a busca e análise da literatura, existem procedimentos considerados imprescindíveis e muito bem descritos, que orientam os profissionais nessa tarefa.
Conflito de interesse	Refere-se a aspectos de cunho comercial, econômico/financeiro, ideológico, religioso e político. Na declaração de conflito de interesses devem constar as instituições de provisão de recursos e profissionais que elaboraram e revisaram o protocolo

Evidências	São as informações cientificamente fundamentadas que justificam as ações propostas. O protocolo deve conter a descrição da estratégia para busca da evidência (estratégia de revisão da literatura), qualidade da evidência, grau da força da recomendação das evidências, identificação do percentual de recomendações baseadas em evidências, identificação das informações oriundas da opinião de especialista, considerações sobre segurança das ações e mau uso potencial em diferentes cenários e localização; custo-efetividade e escassez potencial de recursos.
Revisão	Conter revisão por revisor externo ao grupo elaborador, aprovação do documento pelos membros do grupo de desenvolvimento do protocolo e diretivo da instituição e plano de atualização. A atualização deve ser periódica (dentro do limite de tempo proposto, geralmente dois anos), instantânea (sempre que o grupo elaborador recuperar informação impactante que exija mudanças fundamentais) e devido a incorreções (percebidas pelo público leitor ou outros profissionais), que deverão ser inseridas a qualquer momento. Local para comentários/objeções/correções ao protocolo deve estar disponível e ser de fácil acesso e aberto a profissionais e usuários.
Fluxograma	É a representação esquemática do fluxo de informações e ações sobre determinado processo que subsidia a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto. É a representação esquemática de um protocolo. Fluxogramas, para serem de compreensão fácil e rápida, devem ser específicos.
Indicador de resultado	É uma variável resultante de um processo, capaz de sintetizar ou representar o que se quer alcançar, dando informações sobre uso, eficácia e efetividade de uma ação/protocolo.
Validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo	É importante para garantir que o mesmo seja aceito e utilizado. Pode ser realizada pela inclusão de profissionais da instituição no grupo elaborador, sem prejuízo de participação de autoridades no tema, sendo recomendável uma validação externa.

Validação pelo usuário	O uso de protocolos de assistência tem como premissa a participação dos usuários dos serviços no processo de tomada de decisão. A participação pode ser individual ou por meio de entidades representativas desse grupo. A participação pode ser menor ou maior, dependendo do tipo de protocolo e serviço. O protocolo deve estar disponível aos interessados, de forma estruturada e organizada, para consulta e manifestação.
Limitações	Deve conter identificação e aconselhamento sobre práticas não efetivas ou sobre as quais não há evidências ou as evidências são fracas.
Plano de implementação	O plano de implementação deve prever treinamento de todos que utilizarão o protocolo.

Fonte: **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem/Cibele A. de M. Pimenta; COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.**

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é o alicerce que garante a padronização mínima das tarefas e das ações técnicas que representam as atividades assistenciais. O POP descreve detalhadamente e de forma sequencial a técnica a ser executada pelo profissional.

A construção dos protocolos deve ser baseada nos elementos descritos no quadro anterior objetivando a sua efetividade assistencial e os resultados esperados.

A assistência baseada em evidências ou medicina baseada em evidências é uma abordagem metodológica que fornece as melhores provas disponíveis para facilitar a decisão clínica. Essas provas são buscadas de forma sistemática, com o emprego de regras claras que garantem o rigor cientifico necessário.

Apresentamos, abaixo, um modelo de POP que será implementado no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** quando do início da gestão.

MODELO PARA ELABORAÇÃO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Logotipo de Instituição	Nome da Instituição	Setor	N. POP
Título do Procedimento a ser realizado		Data da elaboração: Data da implantação: Data da revisão:	
Executante			
Resultados esperados			
Materiais			
Descrição detalhada			
Elaborado por Responsável: Data:	Validado por Responsável: Data:	Validado por Responsável: Data:	
Referências			

Fonte: **EBSERH, 2022.**

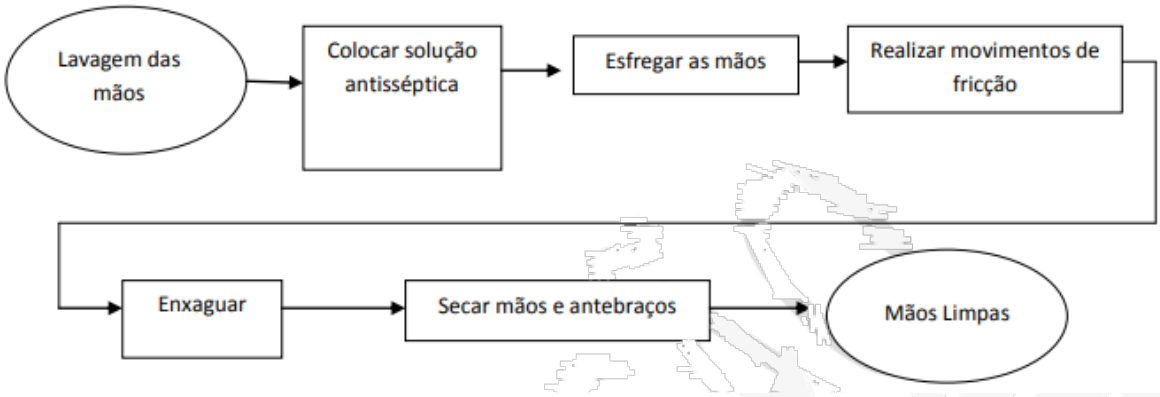
O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** destaca, em conclusão, que os protocolos passarão por processos específicos e estruturados e, para além de sua criação, irá desenvolver as etapas de disseminação e uso adequado (atividades de educação permanente) por todos os profissionais envolvidos.

Construção de fluxograma

Protocolos compreendem um conjunto de ações e decisões de enfermagem com foco em resultados de saúde e de enfermagem. Para representar esses processos de forma clara e concisa, pode utilizar fluxogramas. Fluxogramas são representações gráficas de um processo e algoritmos são descrições. Por exemplo, o procedimento de lavagem de mãos (simplificado) em forma de algoritmo seria:

1. Molhar as mãos até o antebraço;
2. Colocar solução antisséptica nas mãos;
3. Esfregar as mãos até produzir espuma;
4. Realizar movimentos indicados;
5. Enxaguar as mãos e antebraços;
6. Secar as mãos e antebraços.

Em forma de fluxograma seria:



Fonte: **GUIA PARA A CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM. GESTÃO COREN-SP 2012-2014**

As principais vantagens em se utilizar fluxogramas como guias visuais para o cuidado de são:

- Apresenta visão global do processo;
- Uso de simbologia simples com padronização da comunicação;
- Identifica ciclos de retrabalho e conflitos no processo;
- Definição clara dos limites de atuação, das ações a serem executadas e dos responsáveis;
- Útil no treinamento de novos profissionais.

São cuidados essenciais na confecção de fluxogramas:

- Ser realizado após a elaboração do protocolo;
- Ser feito pelos profissionais que participaram da elaboração do protocolo;
- As representações devem ser simples e de compreensão rápida, e todos os passos devem estar conectados, com início e fim bem delineados e definidos;
- As instruções não podem ser redundantes nem subjetivas, levando a interpretações diversas;
- O fluxograma deve ser testado, passo a passo, antes de sua liberação para o uso.

Os fluxogramas devem obedecer a um padrão que permita uma comunicação clara, utilizando os seguintes símbolos para sua confecção, conforme abaixo:

Simbologia padrão para confecção de fluxogramas:

	Indica o inicio ou fim do processo
	Indica cada atividade que precisa ser executada
	Indica um ponto de tomada de decisão
	Indica a direção do fluxo
	Indica os documentos utilizados no processo
	Indica uma espera
	Indica que o fluxograma continua a partir desse ponto em outro círculo, com a mesma letra ou número, que aparece em seu interior

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

3.16. Proposta para o Manual de Rotinas de Faturamento de Procedimentos

O equipamento de saúde a ser administrado pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** compreende o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** conforme caracterização apresentada no item 4.1 deste Plano de Trabalho.

Para tanto, visando a operacionalização do Serviço de Faturamento na unidade hospitalar, utilizará as informações contidas no **Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar – SIH** e no **Manual de Operação do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SIA**, ambos apresentados eletronicamente com seus respectivos links ao final deste item.

O faturamento hospitalar é uma das funções de maior importância na Administração/Gestão de um serviço hospitalar, o mesmo deverá ser rigoroso, verídico e mais transparente possível, tendo em vista que o seu processo é instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Sendo assim é total responsabilidade do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, na função de gestor, garantir a manutenção e alimentação dos Sistemas de Informações do SUS da respectiva unidade, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificados dessas, de acordo com suas responsabilidades, disponibilizando os resultados obtidos a fim de assegurar o direito

fundamental de acesso à informação. Deverá seguir as diretrizes da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** alimentará, atualizará e disponibilizará as informações do Cadastro de Equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no CNES – vigente, com o preenchimento de todos os formulários integrantes do CNES e assegurar o cumprimento da carga horaria integral de todos os seus profissionais de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema CNES.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei n.º 8.080/90 e pela Lei n.º 8.142/90. Com o advento do SUS, surgiu também a necessidade de estabelecer um sistema único de informações assistenciais para subsidiar os gestores no planejamento, no controle e na avaliação das ações de saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM n.º 896/90, determinou ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) a implantação do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) a partir de 1.º de agosto de 1990.

O Serviço de Faturamento, de forma ampliada, tem por objetivo apurar os valores de todas as operações realizadas na assistência ao paciente, desde consultas, internações, procedimentos, exames de imagem e laboratoriais, materiais e medicamentos, gerando informações e cômputos em formatos individualizados e/ou consolidados, contribuindo para o agrupamento de elementos para fins estatísticos, orçamentários, de produtividade, planejamento, programação e identificação do legítimo perfil de complexidade do Serviço de Saúde.

A Organização Mundial de Saúde define um Sistema de Informação de Serviços de Saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997).

O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores, onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados. O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas.

Por outro lado, "informar" pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso "informação" pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC,** quando do início do gerenciamento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** padronizará o MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DO SETOR DE FATURAMENTO com o intuito de otimizar os processos de trabalho, atendendo de forma integral e alinhada às diretrizes determinadas pela **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

A estrutura será composta por faturista/auxiliares, subordinado à diretoria administrativa, e terão responsabilidades dentro do processo conforme a sua categoria profissional. O Setor de Faturamento estará programado para funcionar de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 17h00, com possibilidade de mudanças quando do início da gestão.

O processo de Faturamento deve possuir instrumentos rigorosos e eficazes de controlar desde o momento do início da prestação de serviços, até os insumos que irão ser utilizados no conjunto da assistência em saúde que o paciente receberá. Pois o custo dos serviços prestado destaca-se como a expressão de custeio dos insumos utilizados nas atividades assistenciais e que foram itens de uso no momento da assistência ao paciente. Estabelecer de forma institucionalizada que prontuário, serviços prestados ao paciente e faturamento sejam fatores fundamentais no processo administrativo para a reversão de todo processo trabalho efetivamente executado e insumos utilizados, em recursos financeiros para a instituição, abrangendo também os aspectos operacionais e fatores humanos do hospital.

Indicadores:

- Percentual de prontuários glosados da AIH;
- Percentual de prontuários glosados do ambulatório;
- Percentual de prontuários não autorizados da AIH;
- Percentual de prontuários não autorizados do ambulatório;
- Percentual total de glosas;
- Percentual total de prontuários não autorizados.

Otimizações:

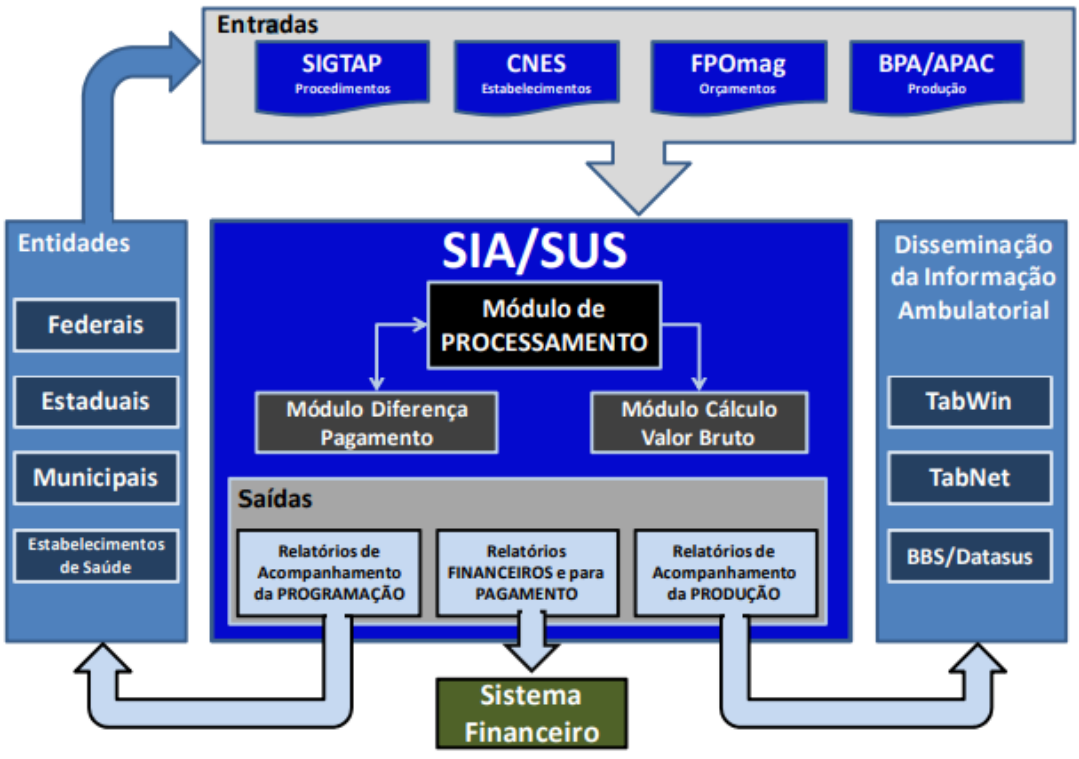
- Reuniões periódicas com todos os núcleos do setor de faturamento: Reuniões trimestrais com o objetivo de alinhar todos os colaboradores aos objetivos do hospital, levantando o que está dando certo e errado, trocando informações sobre a função de cada um e das diretrizes, implantação de melhorias e socialização entre os colaboradores, entre outros.
- Treinamentos contínuos dentro do setor: sugere-se treinamentos a cada 3 meses para a melhoria do processo e para repassar as mudanças no processo. Além de, repassar as melhorias propostas nas reuniões periódicas. Os Treinamentos são de suma importância para o desenvolvimento do colaborador, de suas capacidades e habilidades, investindo em capacitações voltadas para o aumento da produtividade, tornando-os mais proativos, organizando melhor a rotina.
- Determinação de médicos-referência: Para a melhoria do registro da produção assistencial e do faturamento Hospitalar, é de suma importância determinar um médico de cada clínica para ser referência para a solução de pendências com relação ao preenchimento e assinatura dos documentos relativos ao Prontuário Médico.
- Ressaltando também, a importância da implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), com esta tecnologia a era do papel chega ao fim, além de ser possível acompanhar todo o fluxo do paciente dentro da instituição, gerando diminuição dos custos, tornando o processo mais rápido e eficiente, contribuindo assim para uma Gestão Hospitalar com qualidade.

PROCESSO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL NO SUS

O perfil dos serviços sob o contrato de gestão proposto envolve as operações dos sistemas e aplicativos de processamento e captação da produção ambulatorial (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SIA/SUS e Boletim de Produção Ambulatorial – BPA). Ao longo dos anos, os sistemas vêm sendo aprimorados para ser efetivo na gestão das informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial. Tais informações são inseridas em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS - http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp.

O processamento da produção ambulatorial é executado pelo gestor local por intermédio do SIA. O processo completo de processamento é composto pelas fases de: entrada, processamento, saída e disseminação. A figura a seguir ilustra todas as fases e processos do processamento do SIA em detalhe

Figura - Diagrama do processo de processamento ambulatorial e os sistemas envolvidos



Fonte: **SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema**

PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÕES

O SIA necessita de quatro entradas básicas para o processamento e geração de informação:

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP): sistema que gerencia a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e que contém todos os procedimentos, atributos e regras que possibilitam o processamento da produção ambulatorial, através do SIA, assim como a captação do atendimento ambulatorial, através dos aplicativos BPA-Mag e APAC-Mag. Essa tabela é inserida no processamento da produção ambulatorial, por meio da publicação mensal do pacote de tabelas BDSIA que tem que ser atualizada mensalmente nos sistemas e aplicativos.

Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES): sistema que possibilita efetuar o cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde e de profissionais prestadores de serviço ao SUS, ou não.

Ficha de Programação Orçamentária Magnética (FPO-Mag): é o aplicativo que possibilita ao gestor local registrar a programação física orçamentária ambulatorial, de cada estabelecimento de saúde, que presta atendimento ao SUS. A programação deve estar coerente com a PPI e baseada em contrato/convênio com o SUS. Esse aplicativo tem como principais funcionalidades:

- Permitir o registro da programação físico orçamentária por grupo, subgrupo, forma de organização e/ou procedimento;
- Possibilitar ao gestor local informar o limite financeiro por tipo do financiamento (PAB, MAC e FAEC);
- Possibilitar ao gestor local informar valores a maior para os procedimentos, tendo como base a tabela de referência do SUS;
- Permitir a importação e exportação de dados.

BPA-Mag e APAC-Mag são aplicativos de captação do atendimento ambulatorial que permitem ao prestador de serviço vinculado ao SUS, registrar o atendimento realizado no estabelecimento de saúde, em regime ambulatorial.

A partir da tabela de procedimentos e valores importados do SIGTAP, o SIA executa o tratamento desses dados que são utilizados como entrada para todos os módulos do sistema que usam tais informações.

O SIA também executa o tratamento dos dados de orçamento de cada prestador importados do FPO-Mag criando no sistema a ficha orçamentária que será confrontada com a produção apresentada.

A partir da informação de produção ambulatorial importada (BPA e APAC) no SIA, o Módulo de Processamento utiliza como base para validação e consistência: o cadastro dos estabelecimentos de saúde; a programação física orçamentária; a tabela de procedimentos do SUS e as críticas simples e cruzadas definidas pelo MS, visando à execução das funções de conferência e consolidação da produção ambulatorial apresentada pelos estabelecimentos de saúde.

O Módulo Cálculo do Valor Bruto efetua as funções que irão gerar os valores brutos de produção de cada estabelecimento de saúde. O cálculo é realizado tendo como base a produção ambulatorial, validada e consistida pelo módulo de processamento, e os valores orçamentários definidos no módulo de orçamento e na tabela de procedimentos do SUS.

No Módulo Diferença de Pagamento podem ser lançados os Boletins de Diferença de Pagamento (BDP) para o prestador, caso haja esta demanda de desconto financeiro pelo gestor. Esta diferença de pagamento irá impactar no cálculo final do crédito do prestador de serviço vinculado ao SUS.

Após o processamento das informações ambulatoriais, o SIA fornece como produtos de saída, importantes relatórios que são utilizados para diversos fins. Estes relatórios podem ser classificados em:

Relatórios de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária: conjunto de informações necessárias ao acompanhamento da programação física orçamentária visando subsidiar nos processos de controle e avaliação do orçamento determinado para cada estabelecimento de saúde.

Relatórios da Produção: conjunto de informações que apontam os lançamentos da produção ambulatorial aprovada ou rejeitada por qualquer tipo de inconsistência apontada pelo sistema.

Relatórios Financeiros e para Pagamento: conjunto de informações que apontam os valores brutos referente à produção ambulatorial realizada e aprovada para cada estabelecimento de saúde.

Com as entradas e saídas definidas, são enumerados os módulos que executarão as rotinas e processos que irão dar tratamento aos dados, consistidos, validando-os, agregando-os e permitindo a produção das informações desejadas.

As informações processadas no SIA são encaminhadas, pelas secretarias estaduais e municipais de saúde ao DATASUS, para alimentar o Banco de Dados Nacional do SIA, cabendo a esse, efetuar a validação desses bancos de dados e realizar a disseminação das informações. A disseminação das informações ambulatoriais ocorre através de três instrumentos:

- TABNET: Instrumento online tabulador de diversas informações de saúde. Há um módulo específico desta ferramenta na página do DATASUS para consulta da produção ambulatorial.

- TABWIN: Aplicativo tabulador de informações de saúde para Windows. Todos os arquivos de configuração (DEF/CNV) e de produção (PA) necessários para que o Tabwin consulte a produção ambulatorial estão disponíveis no site do DATASUS. Quando esta ferramenta é utilizada para este fim é também denominada TABSIA.

- MSBBS/DATASUS: Os arquivos de produção ambulatorial (PA) podem ser obtidos sem necessidade de utilizar o Tabwin. Por serem arquivos base (DBF) compactados, podem ser importados e tratados por outras ferramentas de banco de dados.

ATIVIDADE OPERACIONAL

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** estabelece que todos os setores internos da unidade sob contrato de gestão proposto devem cumprir eficientemente uma sequência de atividades para que o Setor de Faturamento execute plenamente suas funções, dentro dos prazos conforme cronogramas estabelecidos pela **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

OBJETIVO

O Setor de Faturamento das unidades sob contrato de gestão do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** terá como objetivos:

- Organizar, conferir e preservar as informações constantes nos prontuários/FA – Fichas de Atendimento;
- Qualificar as informações em saúde a partir do correto registro de informações de procedimentos assistenciais executados, possibilitando melhor atuação gerencial por meio de dados fidedignos;
- Aperfeiçoar o fluxo das informações de produção dentro dos setores da unidade;
- Orientar quanto a regras e críticas por parte da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**e processamento no SIA/SUS;
- Acompanhar a legislação, normas e regulamentos pertinentes ao faturamento de procedimentos do SUS para constantes atualizações dos procedimentos;
- Diminuir o número de glosas por inconsistências/rejeições no faturamento, observando:
  - Relação Procedimentos x Instrumento de Registro;
  - Relação Procedimentos x Profissional (CBO válido na Instituição);
  - Relação Procedimentos x CID

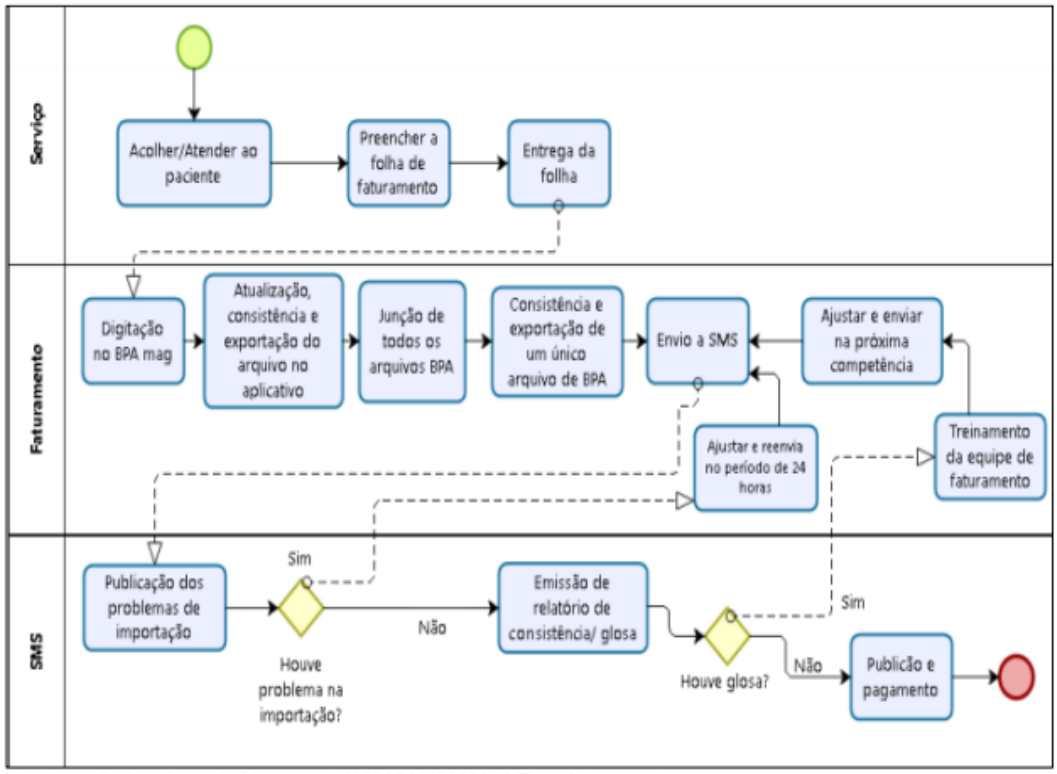
- Elaborar relatórios de atividades e não-conformidades, encaminhando-os à gerência administrativa da unidade para apreciação e providências;
- Alcançar as oportunas metas propostas pela **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

ETAPAS DO PROCESSO E FLUXOGRAMA

- Toda a produção da unidade de saúde é encaminhada para o Setor de Faturamento através dos prontuários / Fichas de Atendimento (FA) dos pacientes após atendimento/alta no formato de movimentações diárias, conforme reorganização gerencial;
- Fechamento da produção utilizando os sistemas do BPA, APAC e SISAIH01 e/ou sistemas específicos (próprios) conforme diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde Pública – SES-GO;**
- Neste momento, em data específica com prazos definidos, é realizado o fechamento das contas nos sistemas e gerado o arquivo de exportação para os sistemas distintos ao faturamento ambulatorial;
- Fechamento da produção e geração do arquivo nos sistemas distintos, igualmente observando os prazos estabelecidos pela **Secretaria de Estado de Saúde Pública – SES-GO**;
- Encaminhamento da produção à **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás até** o 3º dia útil do mês subsequente. Havendo inconsistências, deverá ser realizado ajuste no arquivo e reenviado dentro de 24 horas.

FLUXO DO FATURAMENTO AMBULATORIAL

Fluxo do Faturamento Ambulatorial



http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/Pop+faturamento

Fonte: **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh**

Cabe destacar que a periodicidade para o envio das informações "tempo de faturamento" será realizada dentro do período corrente em relação ao total de procedimentos lançados dentro da competência de cada mês, atendendo o fluxo definido pela **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** bem como todas as outras rotinas e fluxos que porventura oportunizem os trabalhos e estejam de acordo com as suas diretrizes.

PROCESSO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR NO SUS

Os sistemas que registram o atendimento nos pacientes internados são o Sistema de Captação da Internação/SISAIH01 (Programa de Apoio à Entrada de Dados das Autorizações de Internação Hospitalar): utilizado pelo estabelecimento de saúde onde ocorre o atendimento ao paciente para digitar os dados da internação. (AIH) e o Sistema de Informação Hospitalar/SIH/SUS: onde são processados os registros do atendimento do paciente internado, que são enviados ao Ministério da Saúde para compor o Banco de Dados Nacional a partir do qual são disseminadas as informações.

Este sistema é de uso dos gestores locais para processar a produção de todos os estabelecimentos sob sua gestão. Neste sistema é importado o arquivo exportado do Sisaih01 por cada estabelecimento. Ele auxilia gestores locais no controle, avaliação e auditoria. Este manual contém orientações técnicas para profissionais de saúde, gestores e prestadores quanto à alimentação do sistema de acordo com as portarias do Ministério da Saúde. As orientações para instalação, alimentação, operação e processamento do SISAIH01 acompanham a versão mensal do sistema.

FLUXO PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS

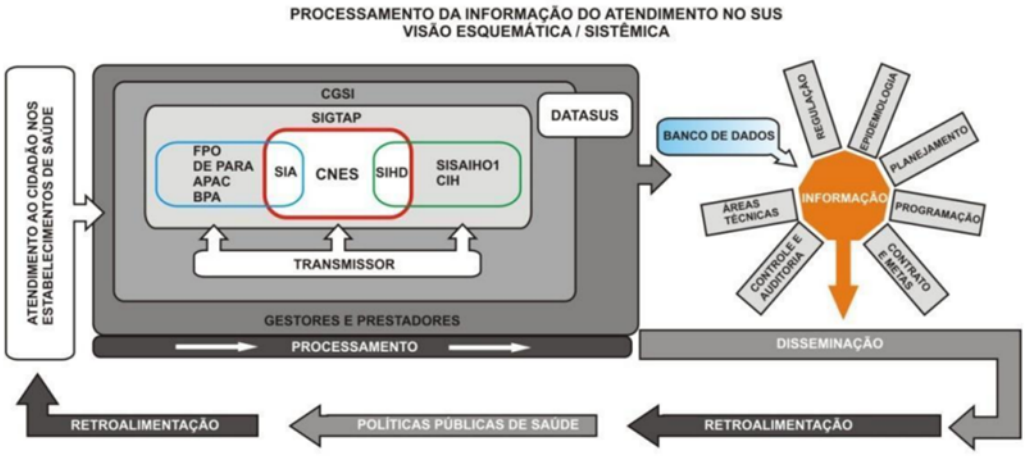
Nos procedimentos eletivos, o fluxo inicia-se com uma consulta/atendimento na rede de saúde no âmbito do SUS (estabelecimento ambulatorial público ou contratado), onde o profissional assistente emite, obrigatoriamente, o Laudo para Solicitação de AIH.

Independentemente da forma de financiamento do prestador e de sua relação com o gestor, a única forma de apresentar a produção hospitalar no SUS é através do Sistema de informação Hospitalar/SIH – com os registros na Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Nos procedimentos de urgência, o fluxo inicia-se com o atendimento no estabelecimento público, onde o usuário se encontra, sendo este acesso realizado por demanda espontânea, encaminhamento por outro estabelecimento de saúde ou regulado.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento solicita a Autorização para Internação Hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o Laudo para Solicitação de AIH.

Figura - Processamento da Informação do Atendimento Hospitalar no SUS



Fonte: **SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO – AIH

O Laudo é o documento para solicitar a autorização de internação hospitalar. Deve ser preenchido em duas vias, de forma legível e sem abreviaturas pelo médico, odontólogo ou enfermeiro que solicitou a internação. Uma via deve ser anexada ao prontuário do paciente e a outra arquivada pelo gestor, a seu critério. Ele contém dados de identificação do paciente, dados de anamnese, exame físico, resultados de exames complementares e descrição das condições que justificam a internação e a hipótese diagnóstica inicial e/ou o diagnóstico definitivo.

É livre o uso de outros modelos, desde que contenham os dados necessários à alimentação do SISAIH01. A Portaria SAS/MS n.º 508/2010 exigiu a informação da etnia quando no campo raça/cor do usuário for indígena. O tempo decorrido entre o internamento e a autorização do gestor tanto para os casos eletivos como para casos de urgência, é uma decisão do gestor local. O sistema dá uma advertência, mas não bloqueia ou rejeita a AIH.

No estabelecimento público o autorizador pode ser o diretor clínico. Na rede complementar, o autorizador é vinculado ao gestor e deve verificar as solicitações no hospital. O gestor deve definir as condições e o local para a autorização e emissão do número da AIH. A digitação dos dados pode ser feita mesmo antes de ter o número da AIH e inserir quando for disponibilizado pelo gestor.

EMISSÃO DA AIH

Existem dois tipos de AIH: Tipo 1: internamento inicial e Tipo 5: continuidade. Na internação eletiva o paciente ou responsável com o Laudo de AIH preenchido leva ao gestor local e o autorizador pode solicitar dados adicionais ou autorizar logo a internação.

O responsável no Órgão Emissor fornece o número da AIH e identifica o autorizador. Se o autorizador considerar a internação desnecessária pode não autorizar ou liberar de acordo com as codificações específicas vigentes.

NUMERAÇÃO DE AIH

No prontuário do paciente deve constar o número da AIH autorizada. O NÚMERO da AIH pode ser gerado das seguintes formas:

- A partir do Módulo Autorizador, aplicativo disponível no www.datasus.gov.br;
- Etiquetas autocolantes ou não com a numeração gerada por aplicativo próprio;
- Impressa em papel comum e colada no laudo de AIH;
- Manuscrito e controlado por protocolo, embora com maior possibilidade de erro;
- Usar Carimbo datador automático, carimbado nas duas vias.

A equipe operacional deverá conhecer as regras e programações específicas para gerar o número da AIH.

PROFISSIONAL SOLICITANTE, AUTORIZADOR, EXECUTANTE E AUDITOR

Autorizador é o profissional responsável por analisar os laudos para emissão de AIH e permitir ou não aquela internação. Esta tarefa é de competência do médico, odontólogo ou enfermeiro, de acordo com a sua abrangência.

Há duas funções ou cargos em que o auditor atua: auditor médico e auditor de gestão do SUS. O auditor médico é restrito ao médico. O auditor de gestão do SUS é um profissional de nível superior que é capacitado para avaliar a gestão e não o prontuário do paciente.

Não é permitido que o médico que solicita a internação seja o autorizador da AIH da mesma internação. O assistente não pode ser o autorizador da AIH. Não há impedimento legal para que um médico autorizador atue na rede do SUS como assistente, desde que em estabelecimento onde não seja autorizador. Na rede pública do SUS é normal que o autorizador das AIH do hospital seja o diretor ou coordenador médico do mesmo hospital. Não há restrição

para que este autorizador atue como assistente em outro hospital. O responsável pela assinatura no campo diretor clínico pode ser o mesmo diretor médico ou técnico ou geral do hospital.

AUDITORIA DO ATO MÉDICO

A Resolução CFM n.º 1.614/2001 disciplina a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços de saúde e deve ser de conhecimento de todos os auditores do SUS. A auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão. Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina. Deve apresentar-se ao diretor técnico antes de iniciar as atividades.

O médico, na função de auditor, lhe é vedado realizar anotações no prontuário do paciente, podendo solicitar por escrito ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação podendo, se necessário, examinar o paciente. Identificado indício de irregularidade no atendimento do paciente cuja comprovação necessite de análise do prontuário, é permitida a retirada de cópia exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Este tipo de auditoria do ato médico é de exclusiva competência do médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina e é reconhecido como área de atuação médica.

APRESENTAÇÃO DA AIH - SISTEMA DO PRESTADOR

A digitação da AIH é feita no SISAIH01. Alterações nas regras ou no sistema são disponibilizadas no portal. Há versão obrigatória por competência no portal.

VALIDADE DA AIH

A validade da AIH é de no máximo 03 competências anteriores à competência de apresentação. AIH apresentada com mais de 04 (quatro) meses do mês da alta, será rejeitada em definitivo. AIH apresentada e rejeitada dentro dos 04 meses de validade pode ser reapresentada até o 6º mês a contar do mês de alta do paciente.

A emissão de nova AIH para o mesmo paciente é obrigatória nas condições abaixo com o motivo de apresentação – Permanência:

a. DE CIRURGIA PARA CIRURGIA: Realização de outra cirurgia em ato anestésico diferente durante a mesma internação, incluída também os casos de recuperação.
b. DE OBSTETRÍCIA PARA CIRURGIA E VICE-VERSA: Uma internação originalmente para procedimento obstétrico que precisa de intervenção cirúrgica fora da obstetrícia ou quando o segundo ato for realizado em tempo anestésico diferente.
c. DE CLÍNICA MÉDICA PARA OBSTETRÍCIA: Na realização de parto e/ou intervenção obstétrica em paciente internada por motivo não relacionado à obstetrícia no momento da internação.
d. DE OBSTETRÍCIA PARA OBSTETRÍCIA: Quando houver duas intervenções obstétricas em tempos cirúrgicos diferentes numa mesma internação. Exemplo: parto normal (prematuro ou não) e na mesma internação a paciente precisa de uma curetagem por retenção de restos de parto.
e. DE OBSTETRÍCIA PARA CLÍNICA MÉDICA: Nos casos de parto ou intervenção cirúrgica, depois de esgotado o tempo de permanência estabelecido na tabela para o procedimento que gerou a internação e paciente apresentar quadro clínico que exija continuar internado por motivo não consequente ao ato obstétrico.
f. DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA: Se esgotado o tempo de permanência para o procedimento, o paciente apresentar quadro clínico que exija continuar internado por motivo não consequente ao ato cirúrgico.
g. DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA: Em casos clínicos onde durante o internamento haja intercorrência cirúrgica não relacionada diretamente com a patologia clínica, depois de ultrapassada a metade dos dias da média de permanência para o procedimento clínico que gerou a internação.
h. PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS, PSIQUIATRIA, REABILITAÇÃO, AIDS E TUBERCULOSE: Quando no decorrer da internação, o paciente desenvolver quadro clínico que necessite de cirurgia.
i. EM CLÍNICA MÉDICA: Paciente clínico que necessite ser reinternado pela mesma patologia até 03 dias da alta da primeira internação
j. POLITRAUMATIZADO / CIRURGIA MÚLTIPLA: Quando é preciso reoperar o paciente no decorrer da mesma internação. No caso de o procedimento principal ser politraumatizado ou Cirurgia Múltipla e forem realizados mais de 05 (cinco) procedimentos principais, deve ser emitida nova AIH com motivo de apresentação 2 - Permanência. Nos casos de emissão de nova AIH para um mesmo paciente numa mesma internação pelos motivos acima, a data de apresentação da primeira AIH será a mesma data de entrada da segunda

AIH, com motivo de acordo com a Tabela Auxiliar de Motivo de Apresentação do SIH/SUS/SIA/CIH (ver item 6.3 deste Manual). Nestes casos o sistema bloqueia a AIH por "duplicidade" (homônimo), mas o gestor autoriza.

QUANDO NÃO EMITIR NOVA AIH

No caso de retorno do paciente com menos de 03 dias da alta para o mesmo hospital para continuar tratamento da mesma patologia deve permanecer com a mesma AIH. Não deve ser aberta nova AIH, mesmo que o internamento seja feito por médicos diferentes. Deve ser registrado na AIH o código de consulta de paciente internado para cada médico que atender ao paciente. Quando o internamento é feito com a emissão de uma nova AIH para o mesmo paciente com menos de 03 dias de uma internação anterior, o SISAIH01 aceita a digitação da AIH, mas no processamento do SIH/SUSD, a AIH vai ser bloqueada por "duplicidade", desde que a outra AIH seja emitida pelo mesmo gestor. O gestor decide pode liberar ou não a AIH.

ESPECIALIDADE DO LEITO

Os leitos existentes no hospital e disponibilizados para o SUS devem estar cadastrados no CNES, desmembrados por especialidade médica, dentro dos grandes blocos: cirurgia e clínica. Além destes devem também estar cadastrados os leitos complementares de UTI, UCI e UCO.

CARÁTER DE ATENDIMENTO

CARÁTER DE ATENDIMENTO	
COD	DESCRIÇÃO
01	Eletivo
02	Urgência
03	Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa
04	Acidente no trajeto para o trabalho
05	Outros tipos de acidente de transito
06	Outros tipos de lesões e envenenamentos por agentes químicos ou físicos

Internação eletiva é aquela necessária para tratamento do paciente que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando ele não está sob risco de vida imediato ou sofrimento intenso, podendo ser efetuada em uma data marcada com antecedência, desde que esta data não comprometa a eficácia do tratamento.

TABELA - Motivo de Apresentação do SIH/SUS/SIA/CIH

POR ALTA: 1

1.1 Alta Curado

1.2 Alta Melhorado

1.3 Alta da Puérpera e permanência do recém-nascido

1.4 Alta a pedido

1.5 Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente

1.6 Alta por Evasão

1.7 Alta da Puérpera e recém-nascido

1.8 Alta por outros motivos

POR PERMANÊNCIA: 2

2.1 Por características próprias da doença

2.2. Por Intercorrência

2.3 Por impossibilidade sociofamiliar

2.4 Por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador vivo

2.5 Por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador morto

2.6 Por mudança de Procedimento

2.7 Por reoperação

2.8 Outros motivos

POR TRANSFERÊNCIA: 3

3.1 Transferido para outro estabelecimento

POR ÓBITO: 4

4.1 Com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente

4.2 Com declaração de Óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal - IML

4.3 Com declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO.

POR OUTROS MOTIVOS: 5

5.1 ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

Fonte: **SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema**

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO)

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é de uso obrigatório para especificar o profissional habilitado para realizar determinado procedimento.

Desde a implantação do CNES em 2003, os sistemas de informação do atendimento adotaram a CBO para a ocupação dos profissionais. A tabela de CBO é nacional e está sob a gestão do Ministério do Trabalho, ela contribui para a qualidade da informação, possibilitando estudos e levantamentos, planejamento e avaliação de políticas públicas.

A informação do CBO no CNES deve observar do que o trabalhador "se ocupa" naquele estabelecimento de saúde, e informar no CNES o CBO correspondente.

No caso dos médicos o CBO não é sinônimo de especialidade ou especialização. Para os procedimentos de alta complexidade é necessário que o médico seja especialista e há crítica de rejeição no SIH/SUS caso o CBO informado na produção seja diferente do que está definido no SIGTAP e o médico deve ter em seu cadastro no CNES, o mesmo CBO exigido no SIGTAP para poder aprovar a produção.

No entanto, para os procedimentos de média complexidade o CBO definido no SIGTAP é o recomendável, mas não há crítica de rejeição, sendo aceito qualquer CBO de médico.

Para que o médico seja especialista ele precisa ter o Título de Especialista emitido pela Sociedade Médica da Especialidade com o respectivo registro no Conselho Regional de Medicina ou Certificado de conclusão da Residência Médica na especialidade.

Parecer do Conselho Federal de Medicina – CFM emitido pelo Conselheiro Carlos Vital está assim descrito: "*O médico devidamente inscrito no CRM está apto ao exercício de sua profissão em qualquer dos ramos ou especialidades*". O mesmo parecer estabelece adicionalmente: "*Aos médicos responsáveis pelas direções ou supervisões dos serviços assistenciais especializados deve ser exigido o título de especialista emitido de acordo com as normas do CFM*". Salienta que "*A especialização não é titulação requerida para a rotina, pois seria inviável na prática médica do país, pois não há programas de pós-graduação sob responsabilidade do Estado, oferta de vagas suficientes à demanda assistencial para várias das titulações*".

No Brasil existem apenas duas formas para o médico obter a especialização:

- Por meio de aprovação na prova de títulos e habilidades aplicadas pelas Sociedades de Especialidades filiadas à Associação Médica Brasileira;
- Ou por conclusão de Programa de Residência Médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica.

CADASTRO DE CBO DE MÉDICOS E DE MÉDICOS RESIDENTES

De acordo com a Lei 11.129/05 a residência multiprofissional é uma modalidade latu sensu destinada às categorias profissionais da área da saúde. Em se tratando de residência multiprofissional, cursos de especialização e residência médica, apenas esta última confere título de especialista ao médico.

O CBO informado no CNES do médico deve ser aquele da real ocupação do profissional no estabelecimento de saúde ao qual ele está vinculado. O CNES não é para gestão de recursos humanos, mas é o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde onde estão as informações em relação à área física, equipamentos e profissionais.

As portarias normativas da Alta Complexidade exigem a comprovação do médico com título de especialista para realizar os procedimentos. Em geral o título de especialista é apresentado na seleção e/ou contratação do médico pela instituição. O contratante é o responsável pelas informações inseridas no Módulo do Profissional do CNES.

Existem municípios que dispõem de apenas um médico e que este profissional desempenha várias ocupações tais como: clínico, pediatra, obstetra, cirurgião geral e anestesista, esta precisa ter no CNES todos os CBO correspondentes a estas ocupações para garantir a aprovação de todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade realizados.

Com relação ao CBO de anestesista, a Portaria SAS/MS n.º 98, de 26 de março de 1999, Artigo 2º, autoriza o registro de médicos na seguinte forma: "Fica autorizado o recadastramento/cadastramento para a realização de atos anestésicos médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, mesmo que não possuam titulação de especialista em anestesiologia, naqueles municípios em que não existem profissionais com titulados ou cujo

número ou disponibilidade para assistência não seja suficiente ao pleno atendimento aos pacientes do SUS.”.

No SIGTAP, o CBO de anestesiologista será compatível apenas com os procedimentos de anestesia (geral, regional, sedação e obstétrica). No SISAIH01 e no SIHD/SUS os procedimentos cirúrgicos que incluem anestesia e, portanto, exigem preenchimento dos dados complementares da equipe médica. Ao abrir a janela para preenchimento da equipe cirúrgica, o sistema verifica a compatibilidade entre o procedimento e o CBO do cirurgião e não com o CBO dos auxiliares ou do anestesista. O sistema admite o mesmo CPF para o médico que exerceu a função/ocupação de anestesista e que também foi o cirurgião ou ainda o CPF de um dos auxiliares. O CPF do cirurgião não pode se repetir para registro como auxiliar, por representar uma inverdade. O CBO dos auxiliares do cirurgião pode ser qualquer um da família 2231 (médico) ou 223268 (cirurgião buço maxilo).

A partir da competência junho de 2012 o SISAIH01 passou a adotar o número do Cartão Nacional de Saúde para o profissional autorizador, executante, autorizador. No caso do autônomo, em que é necessário o CPF para gerar os relatórios com os valores apurados que irão subsidiar o pagamento, o sistema faz um “de para” interno.

Quanto aos médicos residentes, há uma particularidade, estes devem ser cadastrados com o CBO de Programa de Residência Médica. A supervisão e o acompanhamento destes médicos nos hospitais é parte do programa de formação ao qual está matriculado.

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Durante a internação, a hipótese diagnóstica inicial pode não ser confirmada ou pode surgir uma condição clínica superveniente, ou ainda, ser identificada outra patologia de maior gravidade, complexidade ou intercorrência que implique na necessidade de mudança de procedimento.

Nestes casos, o procedimento solicitado e autorizado precisa ser modificado. Neste caso deve ser preenchido o Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento. É necessário autorização do Diretor Geral ou Diretor Clínico nos estabelecimentos públicos e, do gestor na rede complementar.

O modelo de Laudo Para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento está disponível no portal DATASUS, mas o gestor tem autonomia para

usar outro que atenda a peculiaridade local, desde que contemple os dados necessários para o SISAIH01.

No caso de mudança de procedimento, o código do novo procedimento será registrado no campo Procedimento Realizado, devendo ser marcado o campo de "sim" para mudança de procedimento no SISAIH01.

Há rejeição da AIH, quando a mudança for de um procedimento previamente autorizado, para: Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Psiquiatria, Cuidados Prolongados, Cirurgia Múltipla de Lesões Labiopalatais, Tratamento da AIDS, Diagnostico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Pediátrica, Clinica Cirúrgica, Clínica Médica e em Psiquiatria, Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células, Procedimentos Sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia, Cirurgias Plásticas Corretivas em Pacientes Pós Gastroplastia.

Para autorizar a mudança de procedimento é importante que o autorizador observe: se o caso é eletivo ou urgência. Avaliar o tempo decorrido para a mudança de procedimento ou se é mais aconselhável alta por permanência – Motivo de apresentação 2 e a emissão de nova AIH. A mudança de procedimento pode acontecer nas seguintes situações:

- DE CLINICA MÉDICA PARA CLINICA MÉDICO
- DE CLINICA MÉDICA PARA CIRURGIA
- DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA
- DE CIRURGIA PARA CIRURGIA
- MAIS DE UM PROCEDIMENTO PRINCIPAL NUMA MESMA AIH

REGISTRO DE DIÁRIAS - ACOMPANHANTE

Para cada paciente é permitido apenas um acompanhante. É permitido acompanhante para menores de 18 anos conforme Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Para maiores de 18 o médico assistente deve decidir pela necessidade ou não do acompanhante. Essas diárias são remuneradas e devem ser registradas nos Procedimentos Realizados do Sisaih01.

O Sisaih01 crítica a quantidade de diárias de acompanhante até, no máximo, os dias de permanência do paciente e não exige liberação. Alguns procedimentos não permitem diária de acompanhante mesmo para menores de 18 anos, é o caso de: Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento e UTI, além dos procedimentos remunerados em hospital dia.

REGISTRO DE DIÁRIAS – ACOMPANHANTE PARA IDOSOS

A Portaria GM/MS n.º 280/1999 define que, para pacientes com mais de 60 anos internados é permitida a presença do acompanhante.

Os idosos têm direito a acompanhante independente do procedimento ao qual ele está sendo submetido, não há restrições, inclusive nas internações por: Cuidados Prolongados, Hospital Dia, Psiquiatria, Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento e UTI, conforme determina o Estatuto do Idoso.

REGISTRO DE DIÁRIAS – ACOMPANHANTE PARA GESTANTE

A Portaria GM/MS n.º 2.418/2005, em conformidade com o Art. 1º da Lei n.º 1.108/2005, regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em todos os hospitais do SUS. Entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto.

O número de diárias deve estar em conformidade com os dias de internação da paciente. Se for superior a da internação, a AIH é rejeitada. No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação e o fornecimento das refeições. O valor inclui acomodação e alimentação.

TOMOGRAFIA

As tomografias computadorizadas podem ser registradas no SISAIH01, na tela Procedimentos Realizados, como procedimentos especiais. Os códigos do SIGTAP são os mesmos, tanto para a modalidade ambulatorial como hospitalar, assim como seus valores. Um determinado código de tomografia só deve ser registrado numa AIH uma única vez, permitindo liberação de quantidade. No entanto, podem ser registrados tomografias de diferentes partes do corpo humano ou órgãos numa mesma AIH, sem necessidade de liberação de quantidade.

O estabelecimento de saúde que realiza tomografias deve ter, em seu CNES, o cadastro do serviço/classificação e do equipamento, assim como a existência de profissional com CBO de especialista. Não exige habilitação.

A tomografia é um exame complementar que auxilia no esclarecimento diagnóstico ou no acompanhamento de pacientes com diagnóstico firmado.

O paciente internado pode ser levado em ambulância para realizar uma tomografia em outro estabelecimento, mas o registro da realização da tomografia deve ser feito na AIH que pertence ao hospital onde ele está internado. Não é permitido este registro no BPA-I do SIA/SUS do estabelecimento onde o exame foi realizado, pois, naquele período, o paciente está sendo assistido na modalidade hospitalar em outra unidade.

Para o recebimento é preciso que o estabelecimento executante tenha CNES, mesmo não prestando serviço para o SUS e esteja marcado como "Terceiro" do estabelecimento no qual o paciente está internado. É necessário também que, no CNES do executante, esteja "marcado" que o mesmo está à disposição do SUS. No SISAIH01 deve ser digitado na tela de Procedimentos Realizados, no campo executante, o CNES do estabelecimento que de fato realizou o exame.

Quanto ao estabelecimento que vai receber o valor da tomografia, é prerrogativa do gestor local ceder ou não crédito a terceiro. No caso de ceder crédito, o CNES do estabelecimento onde o paciente realizou a tomografia deve ser registrado no campo Apurar Valores e constar como Terceiro no CNES do estabelecimento onde o paciente está internado. Se o gestor não optar pela cessão de crédito, deve ser informado no campo Apurar Valores, o CNES do hospital onde o paciente está internado. O pagamento ao executante será feito conforme as condições definidas pelos termos do contrato.

A cessão de crédito não se aplica aos estabelecimentos de natureza pública, uma vez que para estes não é previsto a terceirização e nem a desvinculação de honorários. Então, se o estabelecimento onde o paciente está internado for público, no campo Apurar Valores, deve ser informado o CNES de onde o paciente está internado.

Os exames, quando realizados em paciente internado deverão ser, obrigatoriamente, registrados no SIH/SUS, não podendo ser autorizado e registrado no SIA/SUS, mesmo que seja realizado em outro estabelecimento.

FISIOTERAPIA

Os procedimentos de fisioterapia em pacientes internados são registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. Todos os procedimentos de Fisioterapia estão no Grupo

03, Subgrupo 02 e Formas de Organização de 01 a 07. A quantidade máxima é de 20 por AIH, podendo ser solicitada liberação de quantidade e são procedimentos especiais na AIH.

RADIOLOGIA

Os exames de radiologia estão incluídos no componente SH do procedimento e devem ser registrados na AIH, mesmo não tendo valor ou pontos do SP. Estes registros podem auxiliar em estudos sobre custo hospitalar e na reavaliação de valores da Tabela de Procedimentos do SUS. Os procedimentos de radiologia são Procedimentos Secundários e na AIH não têm valor, nem pontos.

ULTRASSONOGRAFIA

Os exames de ultrassonografia são procedimentos especiais na AIH e devem ser registrados no SISAIH01, na tela Procedimentos Realizados, e o valor pode ser apurado para terceiro cadastrado no CNES, exceto para os hospitais públicos que não podem ceder crédito.

PATOLOGIA CLÍNICA

Os exames de patologia clínica, assim como a radiologia, são procedimentos realizados de rotina em pacientes na modalidade hospitalar. São exames complementares básicos para a avaliação do paciente e compõem SH. Eles são procedimentos secundários e devem ser registrados para efeito de informação.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Os exames de anatomia patológica são registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. Quando o exame for realizado por terceiros deve ser informado o CNES do executante. E no caso de o serviço ser do próprio hospital, colocar o CNES do hospital para apurar valor corretamente.

ANESTESIA NA AIH

O ato anestésico se inicia com a avaliação prévia das condições do paciente, prossegue com a administração de drogas pré-anestésicas até a anestesia propriamente dita, terminando com o restabelecimento de todos os reflexos, da consciência e da estabilidade cardiorrespiratória

do paciente. É de responsabilidade do anestesista a assistência permanente, direta e pessoal ao paciente durante o período de duração da anestesia e até a total recuperação pós-anestésica.

ANESTESIA REGIONAL

Anestesia regional engloba uma série de técnicas anestésicas distintas, tanto na execução, quanto na indicação. Estas técnicas têm em comum o fato de a anestesia ser produzida através de um anestésico local e ser limitada a uma determinada área do corpo. Paralisa uma área específica do corpo para a operação, prolongando alívio da dor sem perda da sensação. São técnicas de anestesia regional: bloqueios tronculares, bloqueios de plexo, bloqueios espinhais (peridural, raquidiana ou raquianestesia).

Este procedimento de anestesia pode ser usado em procedimentos nos quais a anestesia não está incluída no valor total, (atributo no SIGTAP – Inclui anestesia). Para tanto, em caso procedimento para o qual não está prevista a anestesia, mas que por condições ligadas ao paciente foi necessária a sua administração, o código deverá ser registrado na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. E será pago em separado.

ANESTESIA GERAL

Anestesia Geral é a técnica anestésica que promove inconsciência (hipnose) total, abolição da dor (analgesia/anestesia) e relaxamento do paciente, possibilitando a realização de qualquer intervenção cirúrgica. É obtida com agentes inalatórios e/ou endovenosos. Ocorre a perda reversível da consciência e de todas as formas de sensibilidade. O mesmo previsto para registro da anestesia regional, aplica-se para a anestesia geral.

SEDAÇÃO

Sedação é o procedimento no qual o paciente permanece num estado calmo, tranquilo, mas acordado. Para a sedação também se aplicam os mesmos parâmetros da anestesia geral e regional para registro no SISAIH01.

ANESTESIA LOCAL

Anestesia local é quando ocorre infiltração de um anestésico em uma determinada área do corpo, sem que ocorra bloqueio de um nervo específico ou plexo ou medula espinhal. Este tipo de anestesia está incluído na cirurgia, não havendo registro em separado

ANESTESIA REALIZADA PELO CIRURGIÃO

Conforme Resolução CFM 1.670/2003, em seu Artigo 2º "O médico que realiza o procedimento não pode encarregar-se simultaneamente da administração de sedação profunda/analgesia, devendo isto ficar a cargo de outro médico".

No caso em que a anestesia for aplicada em procedimentos em que não exige a tela de equipe, o procedimento anestésico deve ser informado, na tela Procedimentos Realizados.

Quando o cirurgião atua como anestesista nos casos específicos descritos acima, é exigido que o mesmo seja cadastrado no CNES do estabelecimento com os dois CBO. Não estando cadastrado a AIH será rejeitada. Os tipos de anestesia são excludentes entre si.

ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM)

REGISTRO DE NOTAS FISCAIS

As órteses, próteses e materiais especiais para serem comercializadas têm que possuir registro na ANVISA, publicados em Diário Oficial da União.

A aquisição das órteses, próteses e materiais especiais são de inteira responsabilidade dos hospitais ou gestores, devendo obrigatoriamente ser observadas as normas vigentes da ANVISA relacionadas às boas práticas de fabricação, comercialização e registro de produtos.

Os estabelecimentos de saúde públicos e privados prestadores de serviços para o SUS devem informar o CNPJ do Fornecedor do material e o número da Nota Fiscal em uma tela específica para preenchimento obrigatório destes dados.

A cada competência o SIHD/SUS obriga a importação da Tabela de Fornecedores Cadastrados na ANVISA antes do processamento das AIH e faz o batimento com o CNPJ informado na AIH. O fornecedor não constando deste arquivo da ANVISA, o sistema permite o registro da OPM e a AIH é rejeitada.

O objetivo de registro da Nota Fiscal e CNPJ do fornecedor é permitir o rastreamento do material utilizado naquele paciente, em casos de problemas decorrentes do uso de OPM, como

por exemplo, as metaloses. Em caso de implantes de produtos radiopacos, é importante o controle radiológico pré e pós-operatório, com a identificação do paciente.

Nas OPM relacionadas ao ato cirúrgico devem ser observadas as compatibilidades entre procedimento principal e OPM, o limite das quantidades máximas constante do SIGTAP. No GRUPO 07 do SIGTAP estão discriminadas todas as OPM autorizadas pelo SUS. No caso de repetição do procedimento realizado (politraumatizado, cirurgia múltipla e procedimentos sequenciais de coluna em ortopedia e/ou neurocirurgia) o sistema faz a consistência com cada procedimento principal. No SIGTAP está disponível relatório completo com as compatibilidades e excludências entre procedimentos e OPM.

As OPM devem ser registradas logo após o procedimento principal e o sistema faz consistência com cada um deles. A cópia da Nota fiscal das OPM deve ser anexada ao prontuário do paciente.

Não é necessária a emissão de uma nota fiscal para cada OPM com o nome do paciente no qual a OPM foi utilizada, uma vez que estas OPM são adquiridas nos hospitais públicos a partir de processos licitatórios. Nestas compras por licitação as

Notas Fiscais emitidas contém, na maioria das vezes número variável de OPM e que serão usadas em procedimentos em vários pacientes. Deve ser anexada cópia da Nota Fiscal que contém o material utilizado, mesmo que na nota constem também outros materiais não utilizados naquele paciente, ou mais de uma unidade da OPM utilizada no procedimento do paciente.

Toda conta hospitalar deve conter a cópia da Nota Fiscal da OPM utilizada, sendo então necessário tirar tantas cópias de nota fiscal quantas forem necessárias para anexar ao prontuário/AIH. Para o caso de hospitais da rede complementar do SUS (filantrópicos e privados) que compram em consignação podem solicitar ao fornecedor da OPM nota fiscal no nome do paciente, quando o material que for utilizado. Mas, não há exigência por parte do SUS que cada OPM tenha uma nota fiscal no nome do paciente. A comunicação de uso é um formulário que é preenchido no bloco cirúrgico e contém o código, nome e quantidade do material, número da AIH, data da internação e nome do paciente, deve ser arquivada no prontuário.

Como a compra desses materiais pode ser feita a diferentes fornecedores, (licitações, por exemplo), o hospital deve registrar uma das Notas Fiscais referentes a qualquer dos materiais que compõem o conjunto para CEC, uma vez que no SISAIH01 só há campo para inclusão de

uma informação. No entanto, devem ser anexadas as cópias da Nota Fiscal de cada um dos componentes usados naquele paciente, as quais podem ser verificadas por auditorias.

A Portaria SAS/MS n.º 346/2010 redefine as compatibilidades entre procedimentos da assistência cardiovascular e as OPM. No SIGTAP existe o relatório de Compatibilidade de procedimentos e OPM disponível para impressão e consulta na tela. Desde 2008 as regras de OPM estão todas definidas no SIGTAP, que espelha as portarias técnicas.

REGISTRO DE FORNECEDORES DE OPM E CADASTRO NA ANVISA

Desde a Portaria GM/MS n.º 707/1999 é facultado ao prestador da rede complementar do SUS proceder à cessão do crédito relativo à OPM, diretamente para o fornecedor. A cessão de crédito é formalizada com o registro, em campo da AIH, do número de CNPJ da empresa fornecedora, após indicação do número da nota fiscal da Órtese, Prótese e materiais Especiais - OPM.

É obrigatório constar no prontuário a solicitação de uso, com descrição do produto, o código e a quantidade da OPM utilizada, assinada e carimbada pelo médico assistente.

Os materiais especiais e próteses que são utilizados nas cirurgias possuem em suas embalagens etiquetas adesivas com as informações importantes sobre o produto conforme disciplinas as Resoluções da ANVISA. Estas etiquetas devem ser retiradas das embalagens e coladas no prontuário do paciente na folha de descrição da cirurgia ou em formulário próprio do hospital onde são informadas as OPM utilizadas na cirurgia.

A Portaria SAS/MS n.º 929/2002 aprimorou a regra para cessão de crédito para fornecedores de OPM. Com base nos Artigos n.º 1.065 e seguintes do Código Civil que preveem a Cessão de Crédito como um mecanismo pelo qual o credor pode transferir a terceiros o direito de receber de seu devedor a importância estipulada no documento que a formalizar para quitação de dívida com o cessionário. É possível a operacionalização pelos Estabelecimentos de Saúde de pagamentos desvinculados a pessoas jurídicas, fornecedoras de produtos, materiais especiais. Para a cessão de crédito a pessoas jurídicas ou físicas estas devem constar como Terceiro no CNES. O cadastro do serviço terceirizado no CNES é feito no Módulo Conjunto contendo os dados bancários do beneficiário: conta corrente, agência e banco.

Para os fornecedores de Órteses, Próteses e Materiais Especiais se habilitarem a receber como terceiros os recursos devidos por Estabelecimentos de Saúde vinculados ao SUS para os

quais sejam fornecedores, deverão estar cadastrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), acrescentando ao cadastro daquele órgão, dados que possibilitem o pagamento direto, informações essas já incorporadas ao cadastro da ANVISA. O cadastramento na ANVISA assim como as normas básicas de atendimento e cadastros dos agentes regulados pode ser encontrado no endereço eletrônico da ANVISA (http://www.anvisa.gov.br.).

TERAPIA NUTRICIONAL

A Portaria SAS/MS n.º 120/2009 aprovou as Normas de Classificação e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral.

Definiu as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, suas competências e qualidades.

São Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, as unidades hospitalares que possuírem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência integral e especializada em nutrição enteral ou enteral/parenteral, a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo triagem e avaliação nutricional, indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração da fórmula nutricional, podendo ainda ser responsável pela manipulação/fabricação.

São Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, as unidades hospitalares que, além de preencherem os critérios previstos para Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, executem ações de triagem e avaliação, indicação e acompanhamento nutricional, de manipulação/fabricação, dispensação e administração da fórmula enteral e/ou parenteral necessária.

Nutrição enteral é aquela fórmula nutricional completa, administrada através de sondas nasoentérica, nasogástrica, de jejunostomia ou de gastrostomia. A fórmula nutricional completa exclui qualquer tipo de dieta artesanal e semi-artesanal, conforme definido na Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 63, de 06 de julho 2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral.

As dietas artesanais ou semiartesanais administradas por sondas, a partir de maltodextrina, caseína, leite ou proteína de soja, ovo, gordura, etc, em pacientes com trato

digestivo íntegro, mas com déficit de deglutição, estão com seus valores inseridos nos Serviços Hospitalares (SH), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;

Nutrição parenteral é aquela administrada por via intravenosa, sendo uma solução ou emulsão composta obrigatoriamente de aminoácidos, carboidratos, vitaminas e minerais, com ou sem administração diária de lipídios, para suprir as necessidades metabólicas e nutricionais de pacientes impossibilitados de alcançá-la por via oral ou enteral.

Na administração concomitante de nutrição parenteral e enteral, independente da faixa etária, será remunerada a terapia de maior valor, ou seja, a parenteral. Os procedimentos 03.09.01.007-1, 03.09.01.008-0 e 03.09.01.009-8, relacionados à nutrição parenteral, são excludentes com os procedimentos 03.09.01.0047, 03.09.01.005-5 e 03.09.01.006-3 relacionados à nutrição enteral. O procedimento 04.15.04.001-9 - CATETERISMO DE VEIA CENTRAL POR PUNÇÃO foi excluído do SIGTAP pela Portaria SAS/MS n.º 381/2009.

As Empresas Prestadoras de Bens e/ou Serviços contratadas por hospitais (EPBS) devem estar autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em conformidade com a Portaria SVS/MS n.º 272/1998, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Parenteral e a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária N.º 63/2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral.

AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Toda AIH com agravos de notificação compulsória (ANC), identificada através da CID10, Anexos I e II da Portaria Conjunta SAS/SVS/MS n.º 20/2005 deve ser avaliada pela equipe da Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar ou pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde. As AIH com CID constante da Portaria SAS/MS n.º 20/2005 serão bloqueadas pelo SIH/SUS, para análise do Serviço de Vigilância Epidemiológica.

Após o processamento o sistema emite um relatório com a relação das AIH com ANC bloqueadas, assim como das AIH desbloqueadas com o CID correspondente e o respectivo autorizador. O relatório deverá ser disponibilizado para o Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) em âmbito hospitalar ou do gestor que analisará, podendo liberar a AIH ou investigar o caso.

Os Manuais utilizados para a operacionalização do trabalho de Faturamento devem obedecer às Diretrizes do **MANUAL DE OPERAÇÃO DO SISTEMA E DO MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL DO SISTEMA**, bem como as atualizações posteriores disponíveis.

Figura – Apresentação do Manual SIA

Fonte: SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema

Figura – Apresentação do Manual SIH

Fonte: SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS

REFERÊNCIAS:

- Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2017 SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema;
- Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2009, SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde. 2ª edição Brasília, 1991. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 20 de setembro 1990, seção 1
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n º 2.418, 02 de dezembro de 2005. Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 06 de dezembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 572, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e estabelece nova sistemática de pagamento para a assistência ao parto. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 8 de junho de 2000, seção 1 e 14 de novembro de 2000, seção 1, republicação.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 120, de 14 de abril de 2009. Aprova as "Normas de Classificação e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral" Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF.

4. AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE (F2)

Este item expressa e promove meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas que monitoram os serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações no Hospital.

QUALIDADE OBJETIVA

CONSTITUIÇÃO DE COMISSÕES E NÚCLEOS HOSPITALARES

Visa obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes no Hospital. O ente interessado estabelecerá sua Proposta de Trabalho para implantação de:

4.1. QUALIDADE OBJETIVA

4.1.1. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

I. Perfil dos membros

A Comissão de Ética Médica do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será composta por 03 (três) membros efetivos e 03 (três) membros suplentes:

- 01 (um) presidente;
- 01 (um) secretário; e
- 01 (um) membro efetivo e 03 (três) suplentes.

Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica da os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

II. Objetivos

Esta comissão tem como principais objetivos supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais.

III. Metas

- Produzir Manual visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** garantir que atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais.

IV. Frequência das reuniões

A Comissão de Ética médica deverá ter reunião uma vez por mês de forma ordinária e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas e atuará segundo o cronograma abaixo e conforme o Regimento Interno da Comissão de Ética Médica.

V. Indicadores de acompanhamento e avaliação

a) Assiduidade nas reuniões

$$\frac{\text{Nº de membros presentes}}{\text{Nº total de membros da Comissão}} \times 100$$

b) Reuniões realizadas

$$\frac{\text{Nº de reuniões realizadas}}{\text{Nº de reuniões programadas}} \times 100$$

c) Demanda de abertura de Sindicâncias

$$\frac{\text{Nº de sindicâncias abertas}}{\text{Nº de sindicâncias solicitadas}} \times 100$$

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I – DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º – A Comissão de Ética Médica é órgão de apoio aos trabalhos do Conselho Regional de Medicina dentro do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

§1º. A Comissão de Ética Médica é autônoma em relação à atividade administrativa e diretiva, cabendo ao Diretor Técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

§2º. Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** .

§3º. A Comissão de Ética Médica do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é subordinada e vinculada ao Conselho Regional de Medicina – CRM.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 2º – A Comissão de Ética Médica será composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes, obedecendo a proporcionalidade da Resolução do CFM sobre o assunto

Goiásgrafo único – Quando investidos das suas funções após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes em caso de vacância ou impedimento.

Art. 3º – A Comissão de Ética Médica possuirá 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e 01 (um) membro efetivos e suplentes.

Goiásgrafo único. O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão de Ética Médica.

Art. 4º – Não poderá integrar a Comissão de Ética Médica do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Art. 5º – O mandato da Comissões de Ética Médica da direção técnica, clínica ou administrativa será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado até 30 (trinta) meses.

Art. 6º – Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Goiásgrafo único – Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico da direção técnica, clínica ou administrativa, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 7º – Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 8º – Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes

CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA

Art. 9º – Compete à Comissão de Ética Médica:

I. Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

II. Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

III. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;

IV. Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

V. Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;

VI. Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;

VII. Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

Art. 10 – Compete aos membros da Comissão de Ética Médica:

I. Eleger o presidente e secretário;

II. Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

III. Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista neste Regimento Interno e nas legislações e resoluções pertinentes;

IV. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Art. 11 – Compete ao presidente da Comissão de Ética Médica:

I. Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;

II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da unidade;

III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

IV. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

V. Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

VI. Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Goiásgrafo único. O Presidente é membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 12 – Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

I. Substituir o Presidente em seus impedimentos ou ausências;

II. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;

III. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;

IV. Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

CAPÍTULO IV – DAS ELEIÇÕES

SEÇÃO I – DAS REGRAS GERAIS DAS ELEIÇÕES

Art. 13 – A escolha dos membros da Comissão de Ética Médica do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será feita mediante processo eleitoral através de voto direito e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem seu o corpo clínico, conforme previsto neste Regimento Interno.

Art. 14 – Não poderão concorrer a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de Direção Técnica e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Goiásgrafo único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 15 – São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Art. 16 – O mandato da Comissão de Ética Médica será de 12 (doze) meses.

Goiásgrafo único. As eleições serão realizadas em até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

SEÇÃO II – PROCESSO ELEITORAL

Art. 17 - O Diretor Técnico designará uma Comissão Eleitoral composta por 03 (três) médicos com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

§1º - Os integrantes da Comissão Eleitoral e membros de cargos diretivos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

§2º - Os integrantes da Comissão Eleitoral poderão requisitar ao Diretor Geral apoio administrativo, a ser exercido por colaboradores administrativo da unidade.

Art. 18 – 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 e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Goiásgrafo único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 19 – 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 a regra de proporcionalidade prevista no Art. 3º da Resolução do CFM nº 2.152/2016.

§1º - No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da Comissão Eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§2º - O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

Art. 20 - A Comissão Eleitoral divulgará, no âmbito da unidade, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 21 - 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.

Goiásgrafo único. Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 22 - O resultado da eleição será lavrado em ata pela Comissão Eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

Art. 23 - Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 24 - Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Goiásgrafo único. O Conselho Regional de Medicina 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.

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 Conselho Regional de Medicina.

§1º - Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico da unidade, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao Presidente comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina.

§2º - Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo Conselho Regional de Medicina.

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.

Goiásgrafo 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.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

SEÇÃO I - DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS

Art. 27 - A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Goiásgrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Art. 28 - Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático-pedagógica no âmbito da unidade.

Art. 29 - As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

SEÇÃO II - DA APURAÇÃO INTERNA

Art. 30 - A apuração interna será instaurada mediante:

I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II. Ex-officio, por intermédio de despacho do Presidente da Comissão de Ética Médica;

Goiásgrafo único. Instaurada a apuração, o Presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 31 - 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. 32 - 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.

Goiásgrafo 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. 33 - A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Goiásgrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 34 - 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 seu arquivamento ou encaminhá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Goiásgrafo 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. 35 - 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 Conselho Regional de Medicina.

Art. 36 - 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 de Ética Médica remeter os autos diretamente ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

Art. 37 - A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§1º - O Conselho Regional de Medicina não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§2º - A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais do Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 38 - Os médicos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** 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 Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 39 - O Presidente da Comissão de Ética Médica enviará ao Conselho Regional de Medicina relatório sobre as atividades realizadas, a cada 6 (seis) meses ou quando solicitado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 40 - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pela Comissão de Ética Médica em conformidade com a legislação em vigor, sempre ouvindo antes o Conselho Regional de Medicina.

Art. 41 - Este Regimento Interno entra em vigor a partir de sua publicação e divulgação.

Goiás – GO, XX de XXXXXXXXX de 2023.
HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

Nota: O Conselho Regional de Medicina da circunscrição do local de estabelecimento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é o CRM do Goiás – CRM-PA.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

SEQUENCIA	ATIVIDADES	ANO 1											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Reuniões de Planejamento			■		■		■		■		■	
2	Divulgação de Normas Complementares				■			■			■		
3	Elaboração de Relatórios			■			■			■			■
4	Desenvolvimento de Atribuições			■				■					
5	Identificação e classificação dos Processos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância e comunicação				■		■		■		■		■

SEQUENCIA	ATIVIDADES	ANO 1											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
7	Informar os cidadãos e usuários												
8	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias												
9	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional - atividades												

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

4.1.2. COMISSÃO DE ÉTICA ENFERMAGEM

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

I. Perfil dos Membros

A Comissão de Ética de Enfermagem do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será formada por 03 (três) membros titulares e 03 (três) membros suplentes, sendo:

- 01 (um) Enfermeiro Titular e 01 (um) Enfermeiro suplente;
- 02 (dois) Técnicos de Enfermagem titular e 02 (dois) Técnicos de Enfermagem suplentes.

II. Objetivos

Esta comissão tem como principais objetivos garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem, combatendo

o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas.

III. Metas

- Produzir Manual visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência da equipe de enfermagem na **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**
- Garantir que atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais.

IV. Frequência das Reuniões

A Comissão de Ética de Enfermagem terá reunião uma vez por mês de forma ordinária e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

A Comissão atuará segundo o cronograma abaixo e conforme o Regimento Interno da Comissão de Ética de Enfermagem.

V. Indicadores de Acompanhamento e Avaliação

a) Assiduidade nas reuniões

$$\frac{\text{Nº de membros presentes}}{\text{Nº total de total de membros da Comissão}} \times 100$$

b) Reuniões realizadas

$$\frac{\text{Nº de reuniões realizadas}}{\text{Nº de reuniões programadas}} \times 100$$

c) Demanda de abertura de Denúncias

$$\frac{\text{Nº de denúncias abertas}}{\text{Nº de denúncias efetuadas}} \times 100$$

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADES

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é composta pelo voto direto da Categoria que atuam na unidade, atendendo Resolução do COFEN n° 172/94 que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.

Art. 2º - A CEEn do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é um órgão representativo do COREN no que se refere às questões éticas envolvendo profissionais de Enfermagem.

Art. 3º - A atuação da CEEn limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Goiásgrafo único. A CEEn agrega as seguintes finalidades:

I. orientação;

II. assessoramento;

III. averiguação e emissão de pareceres de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 4º - A CEEn do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que compõem esta comissão.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 5º - A CEEn será constituída por 1 (um) Enfermeiro e 2 (dois) Técnicos em Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios:

I. Ter, no mínimo, 1 (um) ano de efetivo exercício profissional.

II. Estar em pleno gozo dos direitos profissionais.

III. Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos 5 (cinco) anos.

IV. Atender ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria.

Art. 6º - A CEEn será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, seus respectivos suplentes, e demais membros efetivos e respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão da unidade.

Goiásgrafo único. O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na unidade.

Art. 7º - O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da CEEn.

Art. 8º - O tempo de mandato da CEEn será de 12 (doze) meses, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

Art. 9º - O afastamento dos membros integrantes da CEEn poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Goiásgrafo único. Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEEn comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN.

Art. 10 - É caracterizado o término de mandato**,** quando o membro integrante da Comissão cumpre o período de 12 (doze) meses de mandato.

Art. 11 - É caracterizado o afastamento temporário, quando o membro integrante da CEEn se afastar por tempo determinado, no máximo, por um período de 6 (seis) meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

Goiásgrafo único. A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Presidência da CEEn por escrito, com antecedência de, no mínimo, 15 (quinze) dias da data de início do afastamento.

Art. 12 - É caracterizada a desistência, quando o membro decide por vontade própria retirar-se da CEEn.

Goiásgrafo único. A decisão de desistência deverá ser comunicada, por escrito, ao Presidente da CEEn, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Art. 13 - É caracterizada a destituição, quando o afastamento definitivo do membro integrante da CEEn, dar-se-á por decisão da CEEn, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

§1º - A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

I. Ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas;

II. Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

§2º - A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEEn.

Art. 14 - A substituição dos integrantes da CEEn se processará da seguinte maneira:

I. A vacância por término de mandato, atenderá os critérios estabelecidos no Art. 5º deste regimento.

II. Na vacância por afastamento temporário, a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 (trinta) dias.

Goiásgrafo único. A vaga de suplente em caráter temporário será preenchida:

I. Por escolha dos membros da CEEn;

II. Ou indicado pelo **Gerente de Enfermagem** do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** cabendo a CEEn avaliação acerca do perfil e interesse do candidato para atividades inerentes ao cargo.

III. Na vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, e concluir o mandato do desistente ou destituído.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 15 - Compreende as competências gerais da CEEn:

I. Promover a divulgação das finalidades e competências da CEEn na instituição e de seus respectivos membros;

II. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e demais leis, decretos, resoluções, decisões, normas disciplinares e éticas do exercício profissional oriundas do COFEN e COREN;

III. Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem discutir e interpretar o Código de Ética, para melhor compreensão de questões éticas e disciplinares, encaminhando relatório da atividade realizada ao COREN;

IV. Colaborar com o COREN nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;

V. Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN;

VI. Assessorar a **Gerência de Enfermagem** do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** no que se refere às questões de ética profissional;

VII. Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário;

VIII. Promover orientações aos profissionais de enfermagem sobre o exercício profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética;

IX. Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;

X. Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado;

XI. Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem, averiguando condições de trabalho e sua compatibilidade com desempenho profissional, bem como a qualidade do atendimento dispensado ao cliente e família;

XII. Comunicar formalmente ao COREN indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins;

XIII. Comunicar formalmente ao COREN ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem que comprometam a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares;

XIV. Realizar sindicâncias para averiguar questões relacionadas a comportamento e atitudes de profissionais de enfermagem contrárias ao previsto no Código de Ética de enfermagem, instruí-la e elaborar relatório final, sem emitir juízo, encaminhando-o à Gerência de Enfermagem para as providências administrativas, se houver, e ao COREN para providencias conforme norma própria;

XV. Encaminhar anualmente ao COREN e a Gerência de Enfermagem o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso, até o dia 15 do mês de janeiro do ano seguinte;

XVI. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN quando necessário;

XVII. Solicitar ao Presidente do COREN apoio técnico e da Gerência Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEEn;

XVIII. Propor e participar à **Gerência de Enfermagem** e ao NEPES da unidade, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem;

XIX. Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;

XX. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento, das normas referentes ao exercício ético-profissional.

Art. 16 - Competências privativas ao **Presidente** da CEEn:

I. Convocar, presidir e coordenar conforme pauta elaborada pelo mesmo as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;

II. Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação pela CEEn;

III. Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicâncias diante de indícios de infração ética-administrativa;

IV. Delegar para as sindicâncias instauradas, um presidente, secretário e vogal, estabelecendo suas respectivas funções;

V. Encaminhar relatório final da sindicância à **Gerência de Enfermagem** para conhecimento e providências administrativas, bem como enviar relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o COREN, para julgamento e providências cabíveis;

VI. Representar a CEEn do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** no COREN, ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional da unidade;

VII. Encaminhar decisões da CEEn ao setor competente, de acordo com a situação;

VIII. Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o relatório anual, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 15 (quinze) de janeiro cada ano, à **Gerência de Enfermagem** e à Comissão de Ética do COREN;

IX. Representar o COREN em eventos, segundo solicitação do órgão.

Art. 17 - Compreende as competências dos membros titulares da CEEn:

I. Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente;

II. Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEEn;

III. Participar da elaboração e execução de atividades e relatórios anuais, bem como de programações relacionadas aos aspectos éticos, promovidos pela CEEn ou por outras entidades;

IV. Representar a CEEn quando solicitado pelo Presidente.

Goiásgrafo único. O membro delegado como Secretário deve secretariar as atividades da CEEn, dar encaminhamento das deliberações do Presidente, registrar as reuniões em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos. Também lhe compete representar a CEEn nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.

Art. 18 - Compreende as competências dos membros suplentes da CEEn:

I. Participar das reuniões promovidas pela CEEn;

II. Substituir os respectivos membros titulares nos seus impedimentos, inclusive o suplente de Presidente, assumindo as competências do membro titular;

III. Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEEn.

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

Art. 19 - A CEEn deverá reunir-se pelo menos a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, devendo a própria Comissão estabelecer um cronograma semestral de reuniões ordinárias.

Goiásgrafo único. A CEEn deverá estabelecer a necessidade de reuniões extraordinárias, cabendo ao Presidente a convocação ou ocorrer por autoconvocação pela maioria dos seus integrantes, ou pelo COREN.

Art. 20 - Toda reunião deverá acontecer com *quórum* mínimo de 50% mais um dos membros do grupo, verificado até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início das mesmas.

Goiásgrafo único. Na ausência de *quórum* a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

Art. 21 - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da CEEn ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 22 - Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

Art. 23 - Em caso de impedimento do membro titular de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento.

§1º - Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente a ausência na reunião até o término desta.

§2º - Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar antecipadamente sua ausência em reuniões por ocasião de férias ou licenças, sendo substituído pelo suplente em todo o período de ausência.

§3º - Os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até duas ausências consecutivas, sendo no máximo de três ao ano.

Art. 24 - Qualquer membro que deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa, será destituído da CEEn, devendo ser substituído conforme determina o Art. 14.

Art. 25 - As decisões/deliberações da CEEn serão tomadas por maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o "voto Minerva" em caso de empate.

§1º - Os membros efetivos terão direito a voz e voto.

§2º - Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estiverem substituindo um membro efetivo, terão direito a voto.

§3º - É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independentemente de estarem ou não substituindo membros efetivos.

Art. 26 - Os atos da CEEn relativos à sindicância ou fiscalização, deverão ser estritamente sigilosos.

Art. 27 - A sindicância deverá ser instaurada mediante:

I. Denuncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II. Denuncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem ou Coordenação de Enfermagem;

III. Deliberação da própria CEEn;

IV. Determinação do Conselho Regional de Enfermagem - COREN.

Art. 28 - Para execução da sindicância o Presidente da CEEn nomeará e convocará a Comissão de Sindicância, no qual será composta por 03 (três) membros: 01 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 01 (um) enfermeiro ou técnico em enfermagem para função de Secretário e 01 (um) enfermeiro ou técnico em enfermagem para função de Vogal.

Art. 29 - A comissão de sindicância da CEEn constituída terá como atribuições:

I. Convocar ou convidar as pessoas envolvidas na denúncia, tomar depoimentos;

II. Analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, considerando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, **sem emissão de juízo de valor**, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de abertura da sindicância, podendo ser prorrogável por mais 15 (quinze) dias sob justificativa apresentada ao Presidente da CEEn.

Art. 30 - Aberta a sindicância para esclarecimentos a Comissão de Sindicância da CEEn, deverá:

I. Comunicar o fato aos principais envolvidos;

II. Proceder a convocação, quando tratar-se de profissional de enfermagem, ou convite através de memorando para outras pessoas envolvidas, com antecedência de no máximo 05 (cinco) dias, para realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em livro de protocolo da CEEn.

§1º - Se o convocado não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEEn até 48 hs (quarenta e oito horas) após a referida data.

§2º - Diante de justificativa do não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de 03 (dias).

§3º - Em caso de não comparecimento e não apresentação da justificativa, a CEEn deverá comunicar o fato ao COREN, para análise.

Art. 31 - Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia devero ser mantidos junto à sindicância, ficando sob esta comissão a responsabilidade da guarda e do sigilo.

Goiásgrafo único. O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEEn, preservando assim o sigilo.

Art. 32 - O presidente da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelos registros, cabendo ao vogal acompanhar todo o trabalho e colaborar no que for necessário.

Art. 33 - Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato; caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da comissão de sindicância também deverá assinar.

§1º - Havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.

§2º - Caso necessário, a CEEn poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 34 - Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Presidente da CEEn deverá encaminhar o Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN, para tramitação competente.

Art. 35 - Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, a CEEn poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o COREN.

§1º - Ocorrendo à conciliação, a CEEn lavrará tal fato em ata específica.

§2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 36 - Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEEn, o mesmo deverá ser afastado da CEEn, enquanto perdurar a sindicância.

Art. 37 - Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da Comissão de Sindicância da CEEn poderá optar em não participar da sindicância após deliberação dos membros da CEEn.

Art. 38 - Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

CAPÍTULO V - DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 39 - O escrutínio para eleição de membros da CEEn será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares.

Art. 40 - A CEEn do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela condução e organização de todo o processo eleitoral, incluindo elaboração do edital, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

Art. 41 - A Comissão Eleitoral deverá ser composta por três membros do Corpo de Enfermagem do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** elegendo entre seus componentes um Presidente e um Secretário.

Goiásgrafo único. É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato para compor a CEEn.

Art. 42 - Os materiais necessários para o desenvolvimento de todo o processo eleitoral serão de responsabilidade da **Gerência de Enfermagem**, devendo ser solicitado pela Comissão Eleitoral.

Art. 43 - O edital para a eleição de novos membros para CEEn, com a convocação de candidatos para o pleito, deverá ser divulgado, após autorização do COREN e da **Gerência de Enfermagem**, com no mínimo 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência da data estabelecida para o pleito eleitoral.

Goiásgrafo único. O Presidente da CEEn deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN, no mesmo dia em que for publicado na unidade.

Art. 44 - Os profissionais de Enfermagem deverão constituir Chapas, e apresentá-las à Comissão Eleitoral, considerando o período de no mínimo 15 (quinze) dias antes da eleição.

§1º - Os candidatos ao pleito deverão possuir no mínimo 01 (um) ano de inscrição definitiva, estando em dia com as suas obrigações junto ao COREN, não estando envolvido em processo ético no COREN, e não respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

§2º - Compete à Comissão Eleitoral solicitar aos candidatos Certidão Negativa expedida pelo COREN.

§3º - As Chapas deverão ser constituídas obrigatoriamente por dois grupos:

I. **Grupo I** – correspondente ao **Quadro I** da categoria de Enfermeiros, devendo ser composto por 02 (dois) Enfermeiros, sendo 01 (um) membro titular e 01 (um) suplente;

II. **Grupo II** – correspondente ao **Quadro II** da categoria Técnicos de Enfermagem, devendo ser composto por 04 (quatro) profissionais, sendo 02 (dois) titulares e seus respectivos suplentes, em igual número.

§4º - Cada Chapa poderá indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de Enfermagem da instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

§5º - A Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN a relação das Chapas inscritas, com identificação de seus candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, e em seguida realizar o processo de divulgação da eleição.

Art. 45 - Após a formação das chapas, a Comissão Eleitoral poderá confeccionar cartazes com a composição da chapa, informando data, local e horário das eleições.

Art. 46 - Somente poderão votar os profissionais inscritos no COREN, que não estejam em débito com este órgão, que não estejam envolvidos em processo ético no COREN, e nem respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Goiásgrafo único. O COREN fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da entidade que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

Art. 47 - O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral juntamente com a Gerência de Enfermagem.

Art. 48 - A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitando todos os turnos.

Art. 49 - A eleição só terá legitimidade se o número de votantes for no mínimo a metade mais um, por categoria profissional e com vínculo empregatício com o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

Goiásgrafo único. Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer uma nova eleição.

Art. 50 - A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houverem, ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 51 - Somente as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentarem dúvidas ou dúbia interpretação serão considerados válidos.

Art. 52 - Será considerada eleita a Chapa que obtiver maior número de votos válidos.

Art. 53 - Em caso de empate será vencedora a Chapa que tiver maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de inscrição no COREN, e se ainda assim, mantiver o empate, será adotado o critério de maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de

atuação no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

Art. 54 - As Chapas que receberam votos, mas não tenham sido eleitas deverão também ser relacionadas na ata da eleição e constar na lista dos resultados das eleições, a ser encaminhada ao COREN.

Art. 55 - Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas em ata, assinada pelo presidente, secretário e demais membros da Comissão Eleitoral e enviadas para o COREN.

paragrafo único. O presidente da Comissão Eleitoral encaminhará ao Presidente da CEEn vigente e à Gerência de Enfermagem, o resultado da eleição imediatamente após o término do pleito.

Art. 56 - A Comissão Eleitoral proclamará os resultados da eleição através de edital interno, imediatamente após o recebimento de uma cópia da ata da eleição.

§1º - A Comissão Eleitoral divulgará a lista nominal de todos os votados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO).**

§2º - A lista deverá informar sobre:

I. O nome dos membros efetivos, sua categoria profissional e seu número de inscrição junto ao COREN.

II. O nome dos membros suplentes, sua categoria profissional, e seu número de inscrição junto ao COREN.

III. O nome dos profissionais que compunham outras chapas e que receberam votos, sua categoria profissional, e o seu número junto ao COREN.

Art. 57 - A CEEn enviará ao COREN, o resultado do pleito no prazo de 05 (cinco) dias.

Art. 58 - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito, em duas vias, à Comissão Eleitoral em um período inferior a 48 (quarenta e oito) horas, após a data da publicação dos resultados, em segunda instância à CCEn e, por último, à instância superior – o COREN.

Goiásgrafo único. O(s) recurso(s) será(ão) analisado pela Comissão Eleitoral e enviado ao departamento jurídico do COREN para os devidos julgamentos, em um período de 05 (cinco) dias.

Art. 59 - Os membros integrantes da Chapa eleita assumirão o mandato após homologação da eleição pelo COREN.

Goiásgrafo único. Somente após a homologação pelo Plenário do COREN, e a nomeação por Portaria emitida pelo seu Presidente, a nova CEEn estará oficialmente autorizada para iniciar suas atividades definidas neste regimento.

Art. 60 - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 61 - A CCEn norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo COFEN e COREN.

Art. 62 - Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEEn, da Gerência de Enfermagem da instituição ou da Comissão de Ética do COREN.

Goiásgrafo único. A alteração será submetida à aprovação em reunião ordinária e/ou extraordinária da CEEn e à homologação da Plenária do COREN.

Art. 63 – A Gerência de Enfermagem do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEEn.

Art. 64 - Este regimento interno entra em vigor na data da publicação.

Goiás – GO, XX de XXXXXXXXX de 2023.
HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

Nota: O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) da circunscrição do local de estabelecimento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é o COREN de Goiás – COREN-PA.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	ANO I											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Reuniões de Planejamento			■		■		■		■		■	
2	Divulgação do Código de Ética				■			■			■		
3	Elaboração dos Relatórios			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4	Desenvolvimento da Atribuições							■					

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	ANO I											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
5	Promoção e participação de eventos												
6	Elaboração de Orientações aos pacientes												
7	Informar os cidadãos/usuários												
8	Informar os orgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias												
9	Monitoração de denúncias e situações internas												

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

4.1.3. COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa Comissão específica para atuação dentro do (HERSO).

- **CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA**

A composição mínima de uma comissão de Biossegurança deverá ser composta por membors de diferentes setores e função na instituição contendo ter no mímino um membro da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) e três enfermeiros, entretanto, conforme a

necessidade da instituição esse número poderá ser maior. A depender da Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:

- Emergência
- Serviços de Clínica Médica
- Serviços de Cirutgia/Ortopedia
- Serviço de laboratório
- Serviço de CME/Bloco Cirúrgico
- Especialidade definida atráves dos critérios da Gestão do (HERSO).

OBJETIVOS DA COMISSÃO INTERNA DE BIOSSEGURANÇA

A Comissão de Biossegurança do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalhona prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologiase insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE BIOSSEGURANÇA

CAPÍTULO I - DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

ARTIGO 1° - Compete à Comissão:

I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

III. Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

ARTIGO 2° - Para a realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela diretoria do HERSO. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as

necessidades e perfil do HERSO.

CAPÍTULO II - DAS ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 3° - O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando a Superintendência achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

§ 1° As atribuições da Comissão são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, 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.

CAPÍTULO III - DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA:

ARTIGO 4° - 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 no HERSO;

III. Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;

IV. Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança no HERSO;

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.

Do presidente da comissão:

ARTIGO 5° - 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.

Do vice-presidente:

ARTIGO 6° - 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.

Do secretário:

ARTIGO 7° - 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.

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

ARTIGO 8° - 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.

ARTIGO 9° - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

ARTIGO 10° - 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.

ARTIGO 11° - 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. 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.

ARTIGO 12° - 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.

CAPÍTULO V - METODOLOGIA

ARTIGO 13° - A seguinte metodologia:

I. Estabelecimento de prioridades após análise situacional no HERSO.

II. Fontes de informações: Relatórios do SOST, Relatórios do CCIRAS, Plano de Ação da CIPA, fiscais de contrato das terceirizadas, demanda da ouvidoria e espontânea.

III. Elaboração de Procedimentos Operacional Padrão (POP); sugestão de criação de normas para melhorias no serviço; Campanhas e treinamentos.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 14° - Este Regimento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Superintendência.

ARTIGO 15° - As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

ARTIGO 16° – A CIBio manterá, sob caráter confidencial, as informações recebidas.

ARTIGO 17° – O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIBio, através da maioria absoluta de seus membros.

ARTIGO 18° – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da CIBio.

CRONOGRAMA ANUAL DE REUNIÕES DA COMISSÃO INTERNA DE BIOSSEGURANÇA –

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO INTERNA DE BIOSSEGURANÇA												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CIBio												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

4.1.4. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH é um órgão que atua diretamente vinculado à Diretoria Técnica Assistencial do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e o Serviço de Controle de Infecções Relacionada à Assistência à Saúde - SCIRAS é quem realiza as ações de prevenção e controle das infecções na unidade.

O Serviço de Controle de Infecções Relacionada à Assistência à Saúde - SCIRAS é o órgão encarregado pela elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções, que é um conjunto de ações desenvolvidas visando à redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções.

Considerando a necessidade de estar em conformidade com o estabelecido na Lei Nº. 9431, de 06 de janeiro de 1997, na Portaria Nº. 2616, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde, da RDC nº48, de 02 de junho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (MS) e, ainda, que as infecções constituem um risco à saúde dos usuários de hospitais e demais estabelecimentos de saúde, o SCIRAS tem por finalidade desenvolver ações de prevenção e controle de infecções.

I. Perfil dos Membros

A Comissão de Controle de Infecção será formada por:

- Presidente (representante médico);
- Membros Titulares (01 médicos, 01 enfermeiros e 01 profissionais da equipe multiprofissional de nível universitário);
- Membros Suplentes (01 médicos, 01 enfermeiros e 01 profissionais da equipe multiprofissional de Nível Universitário);
- Representante do Apoio Administrativo, sendo 01 Titular e 01 Suplente.

II. Objetivos

Esta comissão tem como principal objetivo promover as ações necessárias, a serem desenvolvidas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO .**

III. Metas

- Produzir conjunto de regras a serem seguidos por todos os profissionais de saúde que exerçam suas atividades no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de infecções;
- Padronizar e controlar do uso de antimicrobianos;
- Capacitar os recursos humanos **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** no que diz respeito à prevenção e controle das infecções.

IV. Frequência de Reuniões

A CCIH do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por semana e extraordinariamente quando convocada pela Diretoria, coordenador ou a requerimento de um de seus membros.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH atuará segundo o cronograma abaixo e conforme o seu Regimento Interno.

V. Indicadores de Desempenho e Avaliação

a) Assiduidade nas Reuniões

$$\frac{\text{Nº de membros presentes}}{\text{Nº total de total de membros da Comissão}} \times 100$$

b) Reuniões Realizadas

$$\frac{\text{Nº de reuniões realizadas}}{\text{Nº de reuniões programadas}} \times 100$$

c) Treinamentos / Capacitações em Prevenção, Controle e/ou Tratamento de Infecções

Nº de treinamentos em Infecções realizados pelo CCI no ano x 100
Nº de treinamentos em Infecções programados dos pelo CCI no ano

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO – CCIH

CAPÍTULO I - DA CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, doravante denominada sob a sigla de **"CCIH"** do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é de natureza técnico-científica permanente, nos termos da Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 (Portaria no 2616/GM de 12 de maio de 1998) e instrução normativa n°4, de 24 de fevereiro de 2010.

Art. 2º - A CCI tem por finalidade o desenvolvimento do programa de controle de Infecções.
§1º - Considera-se programa de controle de Infecções o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das Infecções.
§2º - Entende-se por infecção, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização, e não estiver relacionada ao período de incubação de infecção de origem comunitária.
§3º - A CCIH funciona como órgão de assessoria junto à Direção Técnica Assistencial e Direção Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e de execução das ações de controle de infecção, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das Infecções.

CAPÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO
SEÇÃO I – ESTRUTURA

Art. 3º - A estrutura da CCIH compreende:

I. Grupo Executor;
II. Grupo Consultor.

Art. 4º - O Grupo Consultor visa assegurar o suporte técnico científico consultivo indispensável a eficiência da CCIH, à Direção Técnica Assistencial e a Direção Geral.

Art. 5º - O Grupo Executor é encarregado da execução das ações programadas de controle de infecção definidas pela Comissão.

SEÇÃO II - COMPOSIÇÃO DO GRUPO EXECUTOR DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Art. 6º - O Grupo Executor terá composição multiprofissional e multiprofissional, devendo contar com 4 (quatro) componentes titulares e 4 (quatro) componentes suplentes, ambos sendo composto por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 profissional da equipe multiprofissional técnico de nível superior e 01 administrativo.

Art. 7º - O Grupo executor é órgão executivo da CCIH, sendo presidido obrigatoriamente por um profissional médico.

Art. 8º - As indicações dos membros para integrar a CCIH serão apresentadas pela Direção Técnica à Direção Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** cabendo a esta a aprovação e posse.
§1º - As indicações serão de técnicos e profissionais especializados em controle de infecção e, representantes de nível superior dos Serviços e Coordenações envolvidas diretamente no referido programa, seguindo o perfil definido no *caput* do Art. 6º.
§2º - O Presidente da CCIH obrigatoriamente será um profissional médico e será designado pela Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** dentre os membros indicados pela Direção Técnica.
§3º - O Suplente da Presidente da CCIH obrigatoriamente será um profissional e será designado pela Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** dentre os membros indicados pela Direção Técnica.

SEÇÃO III - COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE CONSULTORES DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Art. 9º - Os integrantes do Grupo de Consultores serão escolhidos pela Direção, sendo estes profissionais representantes dos Serviços e Coordenações envolvidos no referido programa.

SEÇÃO IV – FUNCIONAMENTO

Art. 10 - A CCIH terá como sede uma sala do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** onde o grupo executor reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por quinzena e extraordinariamente quando convocada pela Diretoria Geral, ou Diretor Técnico ou a requerimento de um de seus membros.

§1º - As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas em forma de documentos de circular interna, quando estiverem relacionados à criação e ou alterações nas normas e rotinas.

§2º - Os treinamentos para as diversas categorias profissionais e em diversos temas serão agendados previamente e comunicados em forma de documentos de circular interna as chefias de Serviços/Coordenações que deverão ser responsáveis pelo encaminhamento de sua equipe ao mesmo.

Art. 11 - A CCIH observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 12 - A sequência das reuniões da CCIH será a seguinte:

I. Verificação da presença do Presidente;

II. Assinatura da Ata da reunião anterior;

III. Leitura dos informes com discussão e votação dos temas: normas e padronizações, organização de campanhas, treinamentos e manuais, discussão de problemas que possam intervir na realização dos trabalhos e despacho do expediente;

IV. Organização da pauta da próxima reunião;

V. Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI. Distribuição de tarefa aos membros;

VII. Comunicação breve e franqueamento da palavra.

§1º - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCIH, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

§2º - 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 e 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.

§3º - A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Art. 13 - Após a leitura do parecer, o Presidente ou o seu Suplente devem submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

Art. 14 - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação direta, sendo aprovado pela maioria simples dos votos, e em caso de empate o Presidente da CCIH tem o voto minerva.

Art. 15 - 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 e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

Art. 16 - À CCIH compete:

I. Estabelecer diretrizes para o desenvolvimento do programa de controle de infecção, no do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO):**

- **a)** Controle de MRSA;
- **b)** Prevenção de transmissão aérea;
- **c)** Treinamento em Serviço dos profissionais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle desinfecções;

III. Elaborar programa de controle das Infecções com projetos de pesquisa multiprofissional es na linha de infecções em pacientes crônicos;

IV. Realizar investigação epidemiológica de surtos, sempre que indicado;

V. Elaborar, rever e atualizar normas, que visem a uniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções;

VI. Planejar normas para estudos e pesquisas epidemiológicas;

VII. Estabelecer programa de racionalização do uso de antimicrobianos;

VIII. Elaborar normas para promover educação do pessoal do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** na área de infecção;

IX. Elaborar e divulgar relatórios mensais contendo, no mínimo as seguintes informações, por serviço e referente ao do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO):**

- **a)** Taxa de infecção por patologia;
- **b)** Taxa de infecção por paciente;
- **c)** Estrutura percentual das várias localizações topográficas no paciente;
- **d)** Taxas de infecções por procedimentos de risco selecionados pela Comissão de Controle de Infecção;
- **e)** Taxa de consumo por antimicrobianos;

I. Elaborar semestralmente, relatório: coeficiente de sensibilidade /resistência dos germes mais frequentemente encontrados associados a infecções, e aos antimicrobianos padronizados;

II. Promover medidas de contenção de surtos infecciosos que venham a ocorrer no do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** propondo medidas a serem executadas;

III. Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa prevenir a infecção;

IV. Supervisionar, na Central de Material e Esterilização (CME), as condições de armazenamento de materiais de consumo previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da mesma;

V. Promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área de infecção;

VI. Estabelecer normas referentes à problemática de infecção nos setores de manutenção de equipamentos, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, esgoto, ar-condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, desinfecção e esterilização;

VII. Examinar, proceder e monitorar a adequação de projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções;

VIII. Propor, em conjunto com o Serviço de Vigilância em Saúde, medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas no âmbito do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO);**

IX. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção**.**

Art. 17 - À CCIH compete de forma auxiliar.

I. Em Biossegurança;

a) Promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em Biossegurança;

b) Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas de Biossegurança visando a prevenção das infecções;

c) Monitorar a qualidade do ar, através de medição microbiológica, nos diferentes ambientes do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** dentro das normas do Ministério da Saúde e quando indicada pela CCIH.

II. No Serviço de Farmácia;

a) Cooperar com as normas de padronização do uso de antimicrobianos adotadas;

b) Auxiliar no monitoramento do programa de racionalização de uso de antimicrobianos e germicidas, em cooperação com o Grupo Executor;

c) Elaborar levantamento do consumo de antimicrobianos e informar à CCIH;

d) Comunicar diariamente à CCIH a falta de antimicrobianos, esterilizantes e germicidas padronizados;

e) Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas;

f) Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos hospitalares;

g) Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores da Farmácia.

III. Em Vigilância em Saúde;

a) Contribuir na implantação e manutenção do sistema de vigilância epidemiológica, definido pela CCIH;

b) Avaliar e monitorar, periodicamente e sistematicamente, o sistema de vigilância epidemiológica das infecções;

c) Contribuir na investigação e controle de surto de infecção, emitindo parecer;

d) Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.

IV. Em Metodologia Epidemiológica;

a) Auxiliar na escolha e orientação quanto à formulação dos desenhos de estudos epidemiológicos realizados pela comissão executora em seus estudos;

b) Organizar arquivos de dados sobre a utilização de antimicrobianos no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;

c) Organizar arquivos de dados sobre os micro-organismos e seu perfil de suscetibilidade antimicrobiana que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;

d) Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.

V. No Serviço de limpeza de Material e Esterilização;

a) Estabelecer as normas e rotinas do Serviço de limpeza de Material e Esterilização;

b) Estabelecer as rotinas do processo de validação da esterilização, mantendo os registros continuamente atualizados;

c) Apresentar mensalmente à CCIH dados relativos ao acompanhamento da Monitorização da esterilização;

d) Comunicar à CCIH as falhas nos equipamentos de esterilização, verificadas pela manutenção preventiva ou corretiva;

e) Responsabilizar-se pela manutenção da qualidade e controle do processo de esterilização;

f) Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas no Serviço de limpeza de Material e Esterilização;

g) Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática do destilador utilizado no Serviço de limpeza de Material e Esterilização.

VI. Em Microbiologia;

a) Elaborar e divulgar normas técnicas atualizadas para coleta de material para exames microbiológicos;

b) Validar todas as técnicas utilizadas para o isolamento, identificação e testes de suscetibilidade dos micro-organismos;

c) Responsabilizar-se pelo funcionamento adequado do sistema automatizado de isolamento, identificação e teste de suscetibilidade dos micro-organismos, e validá-lo;

d) Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para isolamento e identificação dos micro-organismos;

e) Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para a identificação e estudo da sensibilidade dos antimicrobianos;

f) Organizar arquivos de dados microbiológicos que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;

g) Produzir e emitir diariamente para a CCIH o relatório de todos os micro-organismos identificados.

h) Comunicar à CCIH e a supervisora de enfermagem, diariamente, o crescimento de bactérias multirresistentes em material clínico;

i) Auxiliar na identificação de possíveis surtos.

VII. No Serviço de Manutenção e Atividades Gerais;

a) Contribuir para a qualidade e monitoramento do processo de limpeza hospitalar do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** bem como do controle de vetores;

b) Contribuir para monitorar e adequar o descarte e fluxo de material contaminado dentro do hospital;

c) Contribuir para monitorar a qualidade da roupa utilizada no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ;

d) Contribuir para a adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intraunidade;

e) Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a minimizar a dispersão de poeiras durante as atividades de engenharia;

f) Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a manter a qualidade do ar nos diferentes ambientes da unidade, dentro das normas do Ministério da Saúde;

g) Responsabilizar-se pela limpeza sistemática dos reservatórios e distribuidores de água;

h) Contribuir na coleta mensal de água dos prédios, e semestralmente dos reservatórios para estudo microbiológico;

i) Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e troca de filtros dos aparelhos condicionadores de ar, conforme recomendações do Ministério da Saúde;

j) Responsabilizar-se pelo adequado funcionamento das autoclaves e de destiladores através da manutenção preventiva ou corretiva.

VIII. No Serviço de Engenharia;

a) Notificar formalmente e antecipadamente à CCIH sobre qualquer procedimento de construção ou manutenção que se prevê a produção de pó ou poeira;

b) Responsabilizar-se por produzir mecanismos que impeçam a dispersão de poeira durante os procedimentos de engenharia;

c) Contribuir pela manutenção da qualidade do ar nos diferentes ambientes da unidade, dentro das normas do Ministério da Saúde;

d) Solicitar formalmente e antecipadamente à CCIH parecer técnico sobre qualquer procedimento de construção garantindo adequação das medidas de controle de infecção;

e) Contribuir na modernização do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção.

IX. Nos Serviços de Internação, Ambulatório e Laboratório;

a) Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-unidade.

b) Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a respectiva Coordenação.

X. No Serviço de Enfermagem;

a) Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-unidade.

b) Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos utilizados.

c) Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas nas unidades clínicas e central de material.

d) Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores do setor.

e) Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ;

f) Monitorar, sempre que necessário, a qualidade da água do sistema de tratamento da hemodiálise quanto à presença de micro-organismos e endotoxina.

XI. Na padronização de materiais e medicamentos.

a) Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ;

b) Contribuir na modernização do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção.

Art. 18 - Ao Diretor Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** compete:

I. Constituir formalmente a CCIH.

II. Nomear os componentes da CCIH por meio de portaria.

III. Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH.

IV. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH.

V. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e demais comissões envolvidas diretamente ou indiretamente no referido programa.

VI. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Regional de Controle de Infecção.

VII. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer.

VIII. Fomentar a educação permanente e a capacitação dos recursos humanos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - GRUPO EXECUTOR

Art. 19 - Ao Presidente atribui dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIH, especificamente:

I. Representar a CCI em suas relações internas e externas;

II. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

III. Promover a convocação das reuniões;

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

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

VI. Promover a interação do Grupo Consultor com o Grupo Executor.

Goiásgrafo Único - Cabe ao Suplente do Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 20 - Aos membros da CCIH atribui:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas pelo Presidente;

II. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art. 21 - À Secretaria da CCIH atribui:

I. Assistir as reuniões;

II. Encaminhar o expediente da CCIH;

III. Preparar o expediente da CCIH;

IV. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

V. Providenciar a confecção de documentos de circular interna e externa expedidos pela CCIH, e distribuição a Direção e demais serviços, setores e coordenações;

VI. 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;

VII. Transcrever o relatório trimestral das atividades da Comissão;

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

IX. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X. Distribuir aos Membros da CCIH a pauta das reuniões;

XI. Organizar dados e arquivos.

SEÇÃO II - GRUPO CONSULTOR

Art. 22 - Competências gerais dos Consultores da CCIH:

I. Participar das reuniões da CCIH;

II. Articular-se com o grupo executor observando as diretrizes traçadas por este, para a ação de controle das infecções no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** articular-se com o Grupo Executor, no sentido da atualização de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle das infecções;

III. Estender todas as decisões tomadas nas reuniões às áreas de atuação e outras que tenham atividades subsidiárias ou complementares á vida funcional do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** Emitir relatório para a CCIH quando da ocorrência de situações problema dentro da área de sua competência.

Art. 23 - Competências específicas dos Consultores:

I. Contribuir para manter o Diretor Geral, no que diz respeito às ações de prevenção e controle das infecções;

II. Colaborar com a CCIH na implantação das ações de prevenção e controle das infecções.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS, MANDATO, REUNIÃO.

Art. 24 - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a seis reuniões consecutivas ou intercaladas no período de um ano.

Art. 25 - As funções dos membros da CCIH poderão ser remuneradas, por verbas de projetos de pesquisa ou outras fontes, por se tratar de um serviço relevante para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

Art. 26 - A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 27 - A Direção do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CCIH.

Art. 28 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Presidente da CCIH e em grau de recurso pela Direção Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

Art. 29 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CCIH, submetido à Direção Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

Art. 30 - O Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Goiás – PA, XX de XXXXXXXXX de 2023.

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA CCIH

AÇÕES ESTRATÉGICAS	ATIVIDADES	ANO I											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Organização	**Reestruturar as competências da CCI**												
	Operacionalizar a CCI												
	Desenvolver programa de controle de Infecção												
	Permitir acesso direto de cada membro da CCI em cada serviço/unidade												
Estratégias de Desenvolvimento Individual e Organizacional	**Manter a elaboração, a divulgação e a revisão das orientações nacionais**												
	Divulgar um guia prático para o programa de Controle de Infecção												
	Desenvolver cursos de formação/orientações para o corpo de funcionários												

AÇÕES ESTRATÉGICAS	ATIVIDADES	ANO I											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
	Promover investigação sobre infecções												
	Dinamizar a formação contínua de Profissionais de Saúde sobre o risco, prevenção e controle da Infecção												
	Implementar a campanha para a higiene das mãos, estimulando o consumo de soluções a base alcoólica												
	Incrementar políticas de racionalização de antimicrobianos (antibióticos, antissépticos e desinfetantes)												
	Normalizar a realização sistemática de auditorias internas a estruturas e procedimentos												
Registro e Monitorização	**Reforçar o Programa de Controle de Infecção**												
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância epidemiológica												
Informação e Comunicação	**Informar cidadãos/usuários**												
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias												

AÇÕES ESTRATÉGICAS	ATIVIDADES	ANO I											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
	Informar os profissionais da melhor evidência disponível sobre infecções												
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional de controle da infecção												

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

4.1.5. COMISSÃO DE ANÁLISE DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Proposta de Constituição

I. Perfil dos Membros

A Comissão de Revisão de Prontuários será formada por:

- Presidente (representante médico);
- Membros Titulares (01 médico, 01 enfermeiro e 01 profissional da equipe multiprofissional de nível universitário);
- Membros Suplentes (01 médico, 01 enfermeiro e 01 profissional da equipe multiprofissional de Nível Universitário);
- Representante do Apoio Administrativo, sendo 01 Titular e 01 Suplente.

II. Objetivos

Esta comissão tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente, mantendo estreita relação com a Comissão de Ética Médica e Éticas de Enfermagem da unidade para discussão dos resultados das avaliações realizadas no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ(HERSO).**

III. Metas

- Inspecionar os prontuários de pacientes que receberam alta da unidade no mês antecedente. Este procedimento é feito em base de avaliação, para com todos os prontuários, objetivando classificação dentro dos critérios de complementação e pontualidade;
- Rever todos os impressos solicitados como parte permanente do prontuário. Esta revisão inclui prevenção de duplicação, uniformidade de apresentação e tamanho;
- Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

IV. Frequência das Reuniões

A Comissão de Revisão de Prontuários se reunirá quinzenalmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos.

A Comissão atuará segundo o cronograma apresentado ao final e conforme o Regimento Interno da Comissão de Prontuários da unidade**,** abaixo apresentado.

V. Indicadores de Acompanhamento e Avaliação da CRP

a) Assiduidade nas reuniões

Nº de membros presentes x 100

Nº total de total de membros da Comissão

b) Reuniões realizadas

Nº de reuniões realizadas x 100

Nº de reuniões programadas

c) Avaliação de prontuários

Nº de prontuários avaliados X 100

Nº total de saídas (alta, das altas, óbito, transferência)

d) Avaliação de prontuários incompletos

Nº de prontuários incompletos (checklist) X 100

Nº total de prontuários avaliados

e) Avaliação de prontuários corrigidos

Nº de prontuários corrigidos X 100

Nº total de prontuários incompletos

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Revisão de Prontuários – CRP do **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ(HERSO)**, tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários.

Goiásgrafo único. A Comissão de Revisão de Prontuário – CRP será designada por ato executivo da Direção Geral, devendo atuar em estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem e segundo as disposições deste Regimento, que por sua vez baseia-se, especialmente, na Resolução CFM nº 1.638/2002, nos atos do HOSP Federal de Medicina.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º - A Comissão de Revisão de Prontuário - CRP será formada por 04 (quatro) membros titulares e 04 (quatro) suplentes, ambos indicados pela Direção Técnica**,** e aprovada e designada pela Direção Geral, sendo assim distribuídos:

I. 01 (um) médico;
II. 01 (um) enfermeiro;
III. 01 (um) profissional da equipe multiprofissional assistencial de Nível Universitário;
IV. 01 (um) assistente administrativo.

Goiásgrafo único. Os membros suplentes serão pares dos membros titulares.

Art. 3º - O profissional médico, membro titular, será o Presidente da CRP e o Secretário da CRP será o assistente administrativo designado para compor a CRP.

CAPÍTULO III - DO MANDATO

Art. 4º - Os membros da Comissão de Revisão de Prontuários - CRP terão mandatos de 12 (doze) meses, a contar da assinatura do Ato de nomeação da comissão pela Direção Geral, podendo ser prorrogado por igual período.

Art. 5º - Os membros não terão dedicação exclusiva para exercerem as atividades na CRP e poderão receber gratificação pelo exercício da função não superior à 10% (dez por cento) do seu salário base.

Art. 6º - 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, podendo o mesmo ser demitido da unidade por justa causa, em virtude de falta grave laboral.
Goiásgrafo único. Em caso de saída de qualquer membro da Comissão, a sua substituição deverá ser na forma do Art. 2º.

Art. 7º - Os mandatos do Presidente e do Secretário também serão pelo período de 12 (doze) meses, podendo haver uma única recondução.
Goiásgrafo único. O Presidente nato será o profissional médico titular e o Secretário será o assistente administrativo designado para compor a CRP, de acordo com a Resolução CFM Nº 1638 de 10/07/2002.

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

Art. 8º - A CRP reunir-se-á, quinzenalmente, em dias úteis, conforme cronograma pré-estabelecido.
§1º - O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela Comissão até o mês de dezembro do exercício anterior.
§2º - A Comissão 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 CRP serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Diretoria Técnica no qual cabe aprová-las e divulgá-las.
§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.

Art. 9º - A rotina das reuniões da Comissão será a seguinte:

I. Verificação de presença e existência de "quórum";
II. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
III. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;

IV. Informes da Presidência e da Direção Técnica, quando for o caso;

V. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;

VI. Organização da pauta da próxima reunião;

VII. Encerramento da reunião;

VIII. Assinatura da ata da reunião pelos membros presentes.

Art. 10 - Quando uma reunião não puder ser concluída na sessão em andamento, ao encerrar a sessão a Presidência deve fixar a data e horário para a sessão subsequente.

Art. 11 - As decisões da CRP, quando necessárias, serão tomadas por maioria simples de votos, cabendo à Presidência o voto de qualidade no caso de empate.

Art. 12 - De cada reunião deve ser lavrada Ata sucinta, que deve ser subscrita pelo secretário e assinada por todos.

CAPÍTULO V - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13 - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a) Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número de registros dos conselhos de toda a equipe multiprofissional;

e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos

realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

II. Assegurar a responsabilidade do preenchimento que cabem ao médico e à Direção técnica;

III. Detectar e avaliar as falhas de preenchimento;

IV. A continuidade das falhas poderá resultar em convocação do responsável e devendo ser tomadas as providências cabíveis;

V. Havendo necessidade, a CRP deve programar cursos de reciclagem junto à Comissão de Educação Permanente.

Art. 14 - São atribuições do Presidente da CRP:

I. Oferecer aos membros da CRP o apoio necessário à realização de suas atividades;

II. Encaminhar à Direção Técnica, para homologação, as propostas de atividades aprovadas pela CRP;

III. Encaminhar mensalmente às Comissões de Ética Médica e de Enfermagem da unidade os resultados das avaliações dos prontuários;

IV. Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da CRP;

V. Divulgar os critérios a serem utilizados para as avaliações dos diversos aspectos que compõem os prontuários da unidade, bem como para a publicação de seus resultados após aprovação das Comissões de Ética Médica e de Enfermagem;

VI. Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

Art. 15 - São atribuições do Secretário da CRP:

I. Assistir às reuniões;

II. Verificar a presença do Presidente e substituí-lo em sua ausência ou impedimentos;

III. Preparar e encaminhar o expediente;

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

V. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI. 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;

VII. Elaborar relatório anual das atividades da CRP;

VIII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da CRP;

IX. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias.

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

Art. 16 - São atribuições de cada membro da CRP:

I. Comparecer às reuniões para as quais tenha sido convocado;

II. Participar de todo o processo da avaliação de prontuários e de qualquer outra atividade designada pelo Presidente;

III. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, normas para auditoria, organização e revisão dos prontuários;

IV. Zelar pelo sigilo ético das informações;

V. Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pelas Comissões de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado;

VI. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;

VII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

VIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 17 - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CRP, a Direção Geral e Direção Técnica proporcionarão a infraestrutura necessária.

Art. 18 - A Comissão de Revisão de Prontuários, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 19 - Os casos omissos serão resolvidos pela própria CRP em cotejo com a Direção Técnica e ciência das respectivas Comissões de Ética.

Art. 20 - Este regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Técnica Assistencial e a Direção Geral.

Goiás – GO, XX de XXXXXXXXX de 2023.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	ANO I											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros												
2	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas												
3	Realizar Análise dos relatórios e dados fornecidos pela comissão												
4	Levantamento de funções e requisitos de arquivamento												
5	Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas com base nos requisitos de arquivamento levantados												

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

4.1.6. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

A Comissão de Verificação de Óbitos – CVO é um órgão que será coligado HOSPITAL

ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO)Vde natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar osprontuários médicos; avaliar a qualidade da assistência prestada a partir da análise dos óbitos, detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da assistência médica e/ou observação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria CVO e avaliara adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída. Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 04/2.013.

CONSTITUIÇÃO DA CVO

A constituição da Comissão de Verificação de Óbitos – CVO será nomeada pela Direção da Instituição ou eleita pelo corpo clínico. O mandato será de 01 (um)ano, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa, em comum acordo com a Direção Médica e será composta pelos seguintes membros:

- ✓ 03 (três) membros médicos; e,
- ✓ 01 (um) membro enfermeiro.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO – CVO

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO

ARTIGO 1° – A Comissão de Análise e Verificação de Óbito – CVO do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO é um órgão de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, de assessoria diretamente vinculada à Direção Médica,que tem por objetivo analisar e acompanhar os óbitos ocorridos na unidade hospitalar.

CAPÍTULO II – DA FINALIDADE

ARTIGO 2° – Atender a resolução do CFM n° 04/2013 8 de 09 de agosto de 2.002, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos; avaliar a qualidade da assistência prestada no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO a partir da análise dos óbitos, detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso

da assistência médica e/ou observação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria CVO e avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

ARTIGO 3° – A CVO, tem as seguintes finalidades:

✓ Zelar pela integridade das informações e registros que permitam o acompanhamento longitudinal das patologias estudadas subsidiando o ensino e a pesquisa.

✓ Zelar pelo cumprimento correto e sistemático das normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico.

✓ Verificar o padrão do atendimento que vem sendo dado aos pacientes.

✓ Apreciar os resultados das diferentes condutas.

✓ Analisar a eficiência dos serviços médicos.

✓ Sugerir medidas para a melhoria do padrão de assistência.

✓ Orientar e fiscalizar a atuação dos profissionais.

✓ Analisar impressos e sugerir modificações e levantar e propor parâmetrosde resultados.

ARTIGO 4°– Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 04/2002,compete à CVO, a análise dos prontuários de óbitos utilizando-se instrumento específico de coleta de dados com padronização das seguintes variáveis analisadas:

I – Autoexplicativas:

1. Idade
2. Sexo.
3. Data do atendimento.
4. Dia, data e hora do óbito.
5. Diagnóstico de admissão.
6. Diagnóstico final e causa mortis.
7. Óbito antes do início do tratamento.
8. Óbito antes de 24 horas.
9. Acidentes ou falhas operacionais.

II – Categorizadas:

1. Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta

terapêutica), clínico laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens), quando não há enquadramento em nenhum desses critérios é classificado como não confirmado.

2. Anamnese adequada: inclui história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 horas após a admissão,com dados completos de identificação.

3. Exame físico adequado: registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas.

4. Evolução adequada: evolução médica e de enfermagem diária, constando horae data, assinada e carimbada.

5. Exames complementares adequados: realização de exames compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal.

6. Terapêutica adequada: compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnósticoprincipal.

7. Óbito desassistido: quando o óbito ocorre sem a presença de um profissional daequipe de saúde envolvida na assistência ao paciente.

8. Dia mais frequente.

9. Horário de predomínio.

PS.: O não enquadramento da anamnese, exame físico, evolução, exames complementares e terapêutica nos critérios especificados classifica a variável como inadequada ou inexistente, de acordo com critérios definidos.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

ARTIGO 5° – A composição deverá ser:

- 03 (três) membros médicos; e,
- 01 (um) membro enfermeiro.

ARTIGO 6° – Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela DiretoriaAdministrativa em comum acordo com as Coordenações Médicas.

CAPÍTULO IV – DO MANDATO

ARTIGO 7° – O mandato será de 01 (um) ano, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com as Coordenações Médicas.

ARTIGO 8° – A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada atravésde portaria pela Direção Administrativa a cada ano em local visível e de fácil acessobem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

ARTIGO 9° – O presidente da CRO, assim como todos os membros serão nomeadospela Direção Administrativa da instituição, bem como os cargos de vice-presidentee secretário, em comum acordo com as Coordenações Médicas.

Parágrafo Único: o presidente da CRO deverá ser obrigatoriamente médico.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

ARTIGO 10° – As reuniões acontecerão mensalmente em data prefixada pela comissão, na primeira reunião anual.

Parágrafo Único: Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelas Coordenações Médicas, pelo Presidente ou Vice-presidente.

ARTIGO 11° – A ausência de um membro em 02 (duas) reuniões consecutivas semjustificativa ou ainda 03 (três) reuniões alternadas sem justificativa, durante 12 (doze) meses, gerará sua exclusão automática.

ARTIGO 12° – Na ausência do Presidente, o Vice-presidente assume suas funções. Na ausência do vice-presidente cabe ao Secretário presidir a reunião.

ARTIGO 13° – As decisões da CVO serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

ARTIGO 14° – Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, seráde signado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobreo assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizadoem plenária prévia.

ARTIGO 15° – As reuniões da CVO deverão ser registradas em atas e arquivadas contendo data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo doexpediente e decisões tomadas.

ARTIGO 16° – Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigiloético por todos os membros.

CAPÍTULO VI – DAS ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 17° – São atribuições da CVO:

I- Verificar as reais causas do processo que levaram o paciente ao óbito.

II- Apontar as falhas no processo assistencial do paciente.

III- Sugestões para melhoria da qualidade do prontuário médico e dopreenchimento do Atestado de Óbito.

IV- Zelar pelo sigilo ético das informações.

V- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientesque foram a óbito.

VI- Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos aos óbitos que lheforem encaminhados.

ARTIGO 18° – São atribuições do Presidente da CVO:

I- Convocar e presidir as reuniões.

II- Indicar seu Vice-presidente.

III- Representar a comissão junto à diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

IV- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamenteaprovados pelos membros desta.

V- Fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Único: Nas decisões da CVO, além do seu voto, terá o voto de qualidade(voto de Minerva).

ARTIGO 19° – As atribuições do Vice-presidente serão assumir as atividades doPresidente na sua ausência.

ARTIGO 20° – São atribuições e competências da Secretaria da CVO:

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 CVO para as reuniões determinadas peloPresidente.

V- Organizar e manter o arquivo da CVO.

VI- Preparar a correspondência.

VII- Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço desta Secretaria.

VIII- Solicitar ao SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 (vinte equatro) horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 21° – A CVO deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO com a qual deverão ser discutidos os resultadosdas avaliações realizadas.

ARTIGO 22° – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CVO, em conjunto com as Coordenações Médicas do HERSO.

ARTIGO 23° – Este Regimento Interno poderá ser alterado por eventuais exigênciasde adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

ARTIGO 24° – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Administrativo, revogadas as disposições em contrário.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA CVO

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS - CVO												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CVO												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

4.1.7. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças de correlação do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT é um serviço que tem por finalidade a promoção da saúde e a proteção da integridade do trabalhador no seu local de trabalho.

O **INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA-ISAC**, na gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tem o objetivo de introduzir as Práticas Humanizadas para a Saúde no trabalho dos colaboradores do PS, conforme a NR5 e a NR4.

O **INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA-ISAC** também se propõe a implantar a NR°32 (Norma Regulamentadora) que define a implementação de medidas de proteção à segurança e a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, principalmente dos riscos a que esses profissionais estão expostos. "Esses profissionais manipulam instrumentos cujos acidentes podem trazer riscos fatais, como a contaminação por vírus que transmitem doenças graves". A norma estabelece, por exemplo, que o funcionário seja informado dos riscos a que estão submetidos e que ao trabalhador dos serviços de saúde seja fornecido, gratuitamente, programa de imunização contra doenças transmissíveis, além de oferecer capacitação continuada aos trabalhadores sobre como proceder em caso de acidentes no trabalho. A norma prevê ainda que nenhum trabalhador deve iniciar suas atividades sem o uso dos equipamentos de proteção individual.

- **CONSTITUIÇÃO DA CIPA**

A CIPA será composta por representantes dos empregados e do empregador.

✓ O número de membros que comporão a CIPA será determinado pela proporção ao número de empregados do Hospital, conforme norma regulamentadora em vigor.

✓ Os representantes do empregador serão indicados pela direção do Hospital.

✓ Os representantes dos empregados serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, sendo vedada a formação de chapas.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES CIPA

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

ARTIGO 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO II - DA CONSTITUIÇÃO

ARTIGO 2º -Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados. (205.001-3/ I4)

ARTIGO 3º -As disposições contidas nesta NR aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos. (205.002-1/ I4);

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO

ARTIGO 4º -A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos. (205.004-8/ I2).

ARTIGO 5º -Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

ARTIGO 6º -Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados. (205.005-6/ I4).

ARTIGO 7º -O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto na constituição desta comissão, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos. (205.006-4/ I2).

ARTIGO 8º - Quando a undade hospitalar não se enquadrar no constituição desta comissão, o ISAC designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados

mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva. (205.007-2/ I2).

ARTIGO 9º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição. (205.008-0/ I2). É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargode direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato. (205.009-9/ I4).

ARTIGO 10º - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais no PS, sendo vedada a transferência para outro PS sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT. (205.010-2/ I4).

ARTIGO 11º - O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadasna CIPA. (205.011-0/ I2).

ARTIGO 12º - O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente. (205.012-9/ I1). Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior. (205.013-7/ I2). Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador. (205.014-5/I1). Empossados os membros da CIPA, o PS deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias. (205.015-3/ I2). Protocolizada na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada 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 PS. (205.016-1/ I4).

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 13º - A CIPA terá por atribuição:

a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;

b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção

necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

g) participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dostrabalhadores;

h) requerer ao SESMT, quando houver, ou ao PS., a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

l) participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

m) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

n) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;

o) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

p) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS. Cabe ao PS 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. (205.017-0/ I2)

ARTIGO 14º - Cabe aos empregados:

a. participar da eleição de seus representantes;

b. colaborar com a gestão da CIPA;

c. indicar à CIPA, ao SESMT e ao PS situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

d. observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

ARTIGO 15º - Cabe ao Presidente da CIPA:

a. convocar os membros para as reuniões da CIPA;

b. coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao PS e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;

c. manter o PS informado sobre os trabalhos da CIPA;

d. coordenar e supervisionar as atividades de secretaria; e. delegar atribuições ao Vice-Presidente; Cabe ao Vice-Presidente:

a. executar atribuições que lhe forem delegadas;

b. substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

ARTIGO 16º - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

a. cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos; b. coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

c. delegar atribuições aos membros da CIPA;

d. promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver;

e. divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

f. encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

g. constituir a comissão eleitoral.

ARTIGO 17º - O Secretário da CIPA terá por atribuição:

a. acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

b. preparar as correspondências; e c. outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

ARTIGO 18º - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado. (205.019-6/ I2)

ARTIGO 19º - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros. (205.020-0/ I1).

ARTIGO 20º - As atas ficarão no PS à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho - AIT. (205.021-8/ I1) Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

a. houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência; (205.022-6/ I4)

b. ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal; (205.023-4/ I4)

c. houver solicitação expressa de uma das representações. (205.024-2/ I4)

ARTIGO 21º - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso. 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. Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado. 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. O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa. (205.025-0/ I2)

ARTIGO 22º - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos. (205.026-9/ I2)

ARTIGO 23º - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA. (205.027-7/ I2)

ARTIGO 24º - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

CAPÍTULO VI - DO TREINAMENTO

ARTIGO 25º - A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse. (205.028-5/ I4). O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse. (205.029-3/ I4)

ARTIGO 26º - As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR. (205.030-7/ I4). O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

a. estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo; (205.031-5/ I2)

b. metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;(205.032-3/ I2)

c. noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes no PS; (205.033-1/ I2)

d. noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção; (205.034-0/ I2)

e. noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho; (205.035-8/ I2)

f. princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos; (205.036- 6/ I2)

g. organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão. (205.037-4 / I2)

ARTIGO 27º - O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal do PS. (205.038-2/ I2). O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT do PS, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados. A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo ao PS escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.(205.039-0/ I2). Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

CAPÍTULO VII - DO PROCESSO ELEITORAL

ARTIGO 28º - 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. (205.040-4/I4). O PS estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional. (205.041-2/ I2). 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 – CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

ARTIGO 29º - Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pelo PS.(205.042-0/ I2). O processo eleitoral observará as seguintes condições:

a. 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; (205.043- 9/ I3)

b. inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias; (205.044-7/ I3)

c. liberdade de inscrição para todos os empregados do PS, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante; (205.045-5/ I3)

d. garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição; (205.046-3/ I3)

e. realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver; (205.047-1/ I3)

f. realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados. (205.048-0/ I3)

g. voto secreto; (205.049-8/ I3)

h. apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do PS e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral; (205.050-1/ I3)

i. faculdade de eleição por meios eletrônicos;(205.051-0/ I3)

j. guarda, pelo PS, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos. (205.052-8/ I3)

ARTIGO 30º -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. (205.053-6/ I2)

ARTIGO 31º - As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA. Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso. Em caso de anulação o PS convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores. (205.054-4/ I4).

ARTIGO 32º - Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada

a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral. (205.055-2/ I4) Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados. (205.056- 0/ I4) Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no PS. (205.057-9/ I4). 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. (205.058-7/ I2)

ARTIGO 33° – A CIPA manterá, sob caráter confidencial, as informações recebidas.

ARTIGO 34° – O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante propostada CIPA, através da maioria absoluta de seus membros.

ARTIGO 35° – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovaçãopela Sessão Plenária da CIPA.

CRONOGRAMA ANUAL DE REUNIÕES DA CIPA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA.												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CIPA												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

4.1.8. SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO – SESMT

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) tem por objetivo a promoção da saúde e a proteção da integridade física do servidor no seu local de trabalho, e a norma que rege esses serviços é a NR4, aprovada pela Portaria n.º 3.214, de 8 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho.

A base para o surgimento do SESMT no âmbito da administração pública deu-se pelo Programa Saúde no Serviço Público, que tem como desafio implementar a cultura de preservação, promoção e proteção da saúde física e mental dos servidores.

Como a Instrução Normativa nº 14/06 estabeleceu em seu ARTIGO 1º, os órgãos e entidades da administração pública estadual direta, autárquica e fundacional, no âmbito do Poder Executivo, devem constituir o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), bem como mantê-lo em regular funcionamento.

COMPOSIÇÃO DO SERVIÇOS ESPECIALIZADOS ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO - (SESMT)

A equipe SESMT pode ser composta por:

- ✓ Auxiliares de enfermagem;
- ✓ Técnicos de enfermagem;
- ✓ Enfermeiros do trabalho;
- ✓ Técnicos em segurança do trabalho;
- ✓ Engenheiros de segurança do trabalho;
- ✓ Médicos do trabalho.

OBJETIVO DO SESMT

O SESMT tem a finalidade de promover a saúde e promover a integridade do trabalhador no local de trabalho. O dimensionamento dos SESMT vincula-se a: gradação do risco da atividade principala e ao número total de empregados do estabelecimento constantes na Norma Regulamentadora de Segurança e Medicina do Trabalho, NR 4.

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT é uma equipe de profissionais, a serviço das empresas, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos trabalhadores. O SESMT está estabelecido no ARTIGO 162 da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora 04.

Será um colegiado de discussão, deliberação e encaminhamento de providências e medidas necessárias à defesa do meio ambiente de trabalho, por meio do esforço conjunto de órgãos comprometidas com a saúde e a segurança do trabalhador no **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

Os SESMT devem manter entrosamento permanente com a CIPA, dela valendo-se como agente multiplicador, e devem estudar suas observações e solicitações, propondo soluções corretivas e preventivas, conforme disposto na Norma Regulamentadora de Segurança e Medicina do Trabalho, NR 5. A empresa é responsável pelo cumprimento da NR 4, devendo assegurar, como um dos meios para concretizar tal responsabilidade, o exercício profissional dos componentes dos SESMT. O impedimento do referido exercício profissional, mesmo que parcial, e o desvirtuamento ou desvio de funções constituem, em conjunto ou separadamente, infrações classificadas de acordo com Norma Regulamentadora de Segurança e Medicina do Trabalho, NR 28 - Fiscalização e Penalidades, para os fins de aplicação das penalidades previstas.

REGIMENTO INTERNO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO - (SESMT)

CAPITULO I – OBJETIVO

ARTIGO 1°. A Subcomissão Segurança e Medicina do Trabalho – SCSST é um grupo de trabalho de adesão e natureza voluntária, para avaliar, analisar, discutir, apresentar sugestões que possam contribuir às entidades filiadas ao Sindicato Patronal para contribuições significativas na gestão de questões de Segurança e Medicina do Ocupacional e dos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT.

Parágrafo único: O objetivo fundamental é proposituras de discussões e debates sobre temas que possam ser de importância para a categoria das entidades representadas ou em outros fóruns associativos, públicos e governamentais, nas interpretações de temas e legislações e etc. para o bom andamento dos processos de gestão dos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT, nos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde.

ARTIGO 2°. Esta SCSST tem por finalidade assessorar O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e contribuir aos colaboradores da entidade no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de temas importantes na gestão de recursos humanos em serviços de saúde dos hospitais, para sugestões de reivindicações da categoria e eventual discussões nos processos de negociação coletiva com os Sindicatos Profissionais.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZACIONAL

FUNCIONAMENTO

Seção I – Da Composição

ARTIGO 3°. A SCSST tem composição multiprofissional e multiprofissional, e seus membros são agregados de forma voluntária através de inscrições de representantes dos colaboradores

da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** através de requerimento feito a Comissão de Negociação Sindical indicando o representante com as seguintes informações:

01 – Nome da Entidade;

02 – Endereço Completo para contatos;

03 – Indicação de Representante Titular e Suplente;

04 – Qualificação completa dos representantes;

05 – Endereço eletrônico para integração com a comissão;

Parágrafo único: A indicação dos colaboradores/profissionais será feita mediante a reconhecida experiência e participação e atividades ligadas gestão de administração de pessoal e de recursos humanos.

ARTIGO 4°. Os membros serão inscritos por livre espontânea vontade pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** de forma voluntária sem qualquer vínculo de qualquer natureza com a entidade sindical.

ARTIGO 5°. A Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** poderá a qualquer tempo destituir a subcomissão, sem ter a obrigatoriedade de apresentar justificativas para esta deliberação.

ARTIGO 6°. Será excluído da subcomissão o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano.

ARTIGO 7°. As atividades dos membros da subcomissão não serão em hipótese algum subsidiado por qualquer custeio de despesas ou qualquer remuneração sendo o seu exercício considerado de relevante serviço das entidades filiadas ao Sindicato Patronal.

ARTIGO 8°. A subcomissão poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário e sempre com ciência do Sindicato Patronal.

ARTIGO 9°. A fim de assegurar o suporte técnico, científicos e operacionais indispensáveis à eficiência da subcomissão, o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** poderá dar apoio proporcionando a infraestrutura necessária para as reuniões desde que seja estabelecido um cronograma de datas e haja a disponibilidade do espaço para estas reuniões na sede do sindicato.

Seção II – Da Organização e Funcionamento

ARTIGO 10°. A subcomissão terá como sede as dependências do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** onde se reunirá, ordinariamente, pelo menos trimestralmente, e extraordinariamente, quando convocada pela

Comissão de Negociação Sindical ou por seu coordenador ou a requerimento da maioria de seus membros.

Parágrafo 1°. A subcomissão instalar-se-á e deliberará, com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada seção, antes de cada votação.

Parágrafo 2°. Para as atividades da subcomissão seus representantes devem eleger um Coordenador com ciência da Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**. O Coordenador da SCSST terá direito a voto de qualidade.

Parágrafo 3°. As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas a Comissão de Negociação Sindical para avaliação das propostas apresentadas e sugerindo ao Sindicato Patronal deliberações sobre os temas discutidos. Caberá ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** avaliar e deliberar sobre a publicidade ou eventuais medidas dentro das disponibilidades e atribuições definidas em seu regimento estatutário

ARTIGO 11°. A SCSST, observada a legislação vigente, poderá estabelecer normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos, sempre com deliberação do Sindicato Patronal.

ARTIGO 12°. Os expedientes e/ou documentos para análise da SCSST serão encaminhados por escrito, com ou sem anexos complementares à Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** para avaliações.

Parágrafo único: Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos, aos membros por indicação do Coordenador da SCSST ou por membro designado.

ARTIGO 13°. A sequência das reuniões da SCSST será a seguinte:

1. Verificação da presença do Coordenador e, em caso de sua ausência abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;
2. Verificação da presença e existência de "*quórum*";

III. Votação e assinatura da ata da reunião anterior;

1. Leitura e despacho dos expedientes;
2. Ordem do dia incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;
3. Organização da pauta da próxima reunião;

ARTIGO 14°. A ordem do dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumos dos mesmos, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo único: A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias, para as reuniões ordinárias, e de um dia para as reuniões extraordinárias.

ARTIGO 15°. Após a leitura do parecer, o Coordenador ou seu suplente deve submetê-lo á discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

Parágrafo único: O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto á matéria em exame poderá requerer maiores detalhes;

ARTIGO 16°. Após o encerramento das discussões e exames, o assunto será submetido à votação.

ARTIGO 17°. A SCSST reunir-se-á ordinariamente, segundo cronograma preestabelecido, ou extraordinariamente sempre que necessário.

ARTIGO 18°. A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e será lavrada uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Coordenador, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Seção I – Das Competências

ARTIGO 19°. Compete a SCSST:

1 – Elaborar normas, revisar, analisar, emitir pareceres, realizar avaliações, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas à gestão de administração de pessoal e de recursos humanos;

2 – Zelar pelo cumprimento das normas internas e legislação;

3 – Promover análises continua dos índices de gestão dos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT;

4 – Elaborar relatórios sobre temas abordados nas reuniões mensalmente;

5 – Estimular os estabelecimentos de saúde filiados ao Sindicato Patronal as políticas de unicidade e em consonância com os estudos e deliberações da SCSST.

Seção II – Das Atribuições

ARTIGO 20°. Ao Coordenador da SCSST caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades, especificamente:

1 – Representar a SCSST em suas relações internas e externas;

2 – Instalar a Comissão e presidir suas reuniões

3 – Convocar Reuniões;

4 – Participar das discussões e votações e exercer direito do voto de desempate

5 – Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários a consecução da finalidade da comissão.

Parágrafo único: Cabe ao seu Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

ARTIGO 21°. Aos membros da Comissão, caberá:

1 -Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

2 Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

3 Requerer votação de matéria em regime de urgência;

2 – Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

3 Apresentar proposições sobre as questões atinentes a Comissão.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 22°. O mandato dos componentes da SCSST se extinguirá por deliberação da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** com ciência da Diretoria ou antecipadamente se houver motivo que justifique cessação.

ARTIGO 23°. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Diretor Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 24°. O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Diretoria Geral do HERSO através da maioria absoluta de seus membros.

ARTIGO 25°. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação, revogadas as disposições em contrário.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO - (SESMT)

CRONOGRAMA DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO - (SESMT)

ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição do SESMT	■											
Revisão do Regimento Interno		■										
Reuniões Ordinárias		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atas das Reuniões		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Treinamentos PGRSS e EPI´s			■						■			
SIPAT							■					
PPRA e PCMSO	■											
Informe de Acidentes ao MTE			■									
CIPA Itinerante	■	■	■	■								
Mapa de Riscos						■						
Resultados Positivos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

4.1.9. COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA – CDME

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA - CDME terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

A CDME é vinculada diretamente à Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** que deve assegurar-lhe os meios adequados para seu funcionamento.

A CDME tem por finalidade formular diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários de atendimento hospitalar e ambulatorial dos pacientes atendidos no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento, monitorar a qualidade da sua informação e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos registrados, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em Saúde.

COMPOSIÇÃO COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATISTICA.

A CDME terá composição multiprofissional, contando com 11 membros titulares.

I. Um representante da Comissão de Ética Médica;

II. Um representante da Divisão de Enfermagem;

III. Um representante do Serviço de Processamento da Informação Assistencial;

IV. Um representante da Unidade Multiprofissional;

V. Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação

VI. Um representante da Superintendência;

VII. Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;

VIII. Um representante da Unidade de Planejamento;

IX. Um representante do Serviço de Monitoramento e Avaliação;

X. Um representante da Comissão de Revisão de Prontuários.

XI. Um representante do Serviço de Regulação Assistencial.

OBJETIVOS DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATISTICA.

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

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATISTICA.

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

ARTIGO 1° - A CDME objetiva:

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

II. Atender ao Manual de Diretrizes e Requisitos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** através do monitoramento e realização de ações que garantam o alcance dos requisitos estabelecidos.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

ARTIGO 2° - A CDME terá composição multiprofissional, contando com 11 membros titulares.

ARTIGO 3° - As indicações para integrar a CDME serão submetidas à aprovação da Superintendência e se processarão da seguinte forma:

I. Um representante da Comissão de Ética Médica;

II. Um representante da Divisão de Enfermagem;

III. Um representante do Serviço de Processamento da Informação Assistencial;

IV. Um representante da Unidade Multiprofissional;

V. Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação

VI. Um representante da Superintendência;

VII. Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;

VIII. Um representante da Unidade de Planejamento;

IX. Um representante do Serviço de Monitoramento e Avaliação;

X. Um representante da Comissão de Revisão de Prontuários.

XI. Um representante do Serviço de Regulação Assistencial.

ARTIGO 6° O presidente terá sua indicação na portaria de nomeação da comissão eexercerá seu mandato por tempo indeterminado.

ARTIGO 4° - O secretário será eleito pelos seus pares, em concordância com a superintendência, para exercer sua função por tempo indeterminado.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

ARTIGO 5° - Compete à CDME:

I. Validar modelos de impressos que irão compor o prontuário médico do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

II. Validar modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situaçõesem que dados sobre pacientes do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** venham a ser registrados ou divulgados;

III. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade destes;

IV. Orientar o correto preenchimento dos impressos e monitorar os itens que deverão constar

obrigatoriamente no prontuário:

a) Identificação do paciente em todos os impressos;

b) Anamnese;

c) Exame físico;

d) Exames complementares, bem como seus respectivos resultados;

e) Hipóteses diagnósticas;

f) Diagnóstico definitivo;

g) Tratamento efetuado;

h) Registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando data e hora;

i) Outros documentos pertinentes ao atendimento.

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

VI. Examinar e emitir pareceres quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo HERSO;

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

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

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

X. Propor relatórios estatísticos que deverão ser gerados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME do HERSO;

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

XII. 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;

XIII. Normatizar o preenchimento das contrarreferências/resumos de altas

XIV. hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe.

ARTIGO 6° - 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. Promover a convocação das reuniões;

IV. Fazer cumprir o regimento;

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

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

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

VIII. Repassar todos os documentos, informativos, fluxogramas, estruturação, regimento para Gerência de Atenção à Saúde - GAS e Superintendência;

IX. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

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

ARTIGO 7º - Aos membros incumbe:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, 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 pertinentes à Comissão;

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

ARTIGO 8º - 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 e assinar as atas de reuniões da Comissão;

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

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

ARTIGO 9º - A CDME reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, na primeira sexta- feira do mês, e extraordinariamente sempre que necessário, por convocação do seu Presidente, sendo suas decisões tomadas por maioria de votos. Em processos considerados excepcionais, a critério do Presidente, a CDME decidirá pelo voto da maioria absoluta (metade mais um de todos os seus integrantes).

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

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

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

§ 4° No caso da saída de qualquer membro da CDME deverá haver indicação de novo membro pela Gerência de Atenção à Saúde e Superintendência.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 10º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CDME, a equipe de governança do HERSO proporcionará a infraestrutura necessária.

ARTIGO 11º - A CDME, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

ARTIGO 12º - A CDME no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário, poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

ARTIGO 13º - Os membros poderão requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas nacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

ARTIGO 14º - 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.

ARTIGO 15º - Os casos omissos serão resolvidos pela CDME, em conjunto com a Superintendência do HERSO.

ARTIGO 16º - Este regimento entrará em vigor após aprovação dos membros desta comissão e validação do Setor de Vigilância do HERSO.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATISTICA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATISTICA												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CDME												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

4.1.10. COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O COMISSÃO de Ética em Pesquisa do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é um colegiado interdisciplinar e independente, com *"munus público"*, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para resguardar os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros.

A responsabilidade de um CEP está pautada em diretrizes éticas internacionais, regulamentações e legislação nacional. No caso brasileiro, a partir de 2012, passou a vigorar a base nacional de registros "online" das pesquisas envolvendo seres humanos, o Sistema Plataforma Brasil. Este sistema é unificado e compartilhado, permitindo o gerenciamento dos projetos de forma mais efetiva, conferindo mais transparência e reduzindo o tempo de trâmite dos protocolos entre as instituições nacionais e o Sistema COMISSÃO de Ética em Pesquisa - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP-CONEP).

➢ COMPOSIÇÃO DCOMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

A CEP será composta por um colegiado de, pelo menos, 7 (sete) membros de ambos os sexos, respeitando a paridade de gêneros, principalmente profissionais da área de saúde, incluindo também pelo menos um representante dos usuários, não podendo ter mais que a metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional.

➢ OBJETIVO DO COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

O COMISSÃO de ética em pesquisa com seres humanos, é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. É um COMISSÃO interdisciplinar e independente, responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas que envolvam a participação de seres humanos.

A missão do CEP é salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa. Além disso, o CEP contribui para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e no desenvolvimento social da comunidade. Contribui ainda para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada.

O CEP também tem caráter consultivo e fornece orientação acerca de como tornar explícita, no projeto de pesquisa, a garantia de respeito aos princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia aos sujeitos.

Entretanto, para que o CEP alcance esses propósitos, é também indispensável que pesquisadores, professores e estudantes não entendam o encaminhamento de seus projetos ao CEP como uma mera tarefa burocrática, uma simples etapa que foi criada e que deve ser superada para a execução suas pesquisas. É fundamental reconhecer e estabelecer um diálogo entre pesquisadores, professores, estudantes e membros do CEP, ratificando o compromisso institucional com o conhecimento científico, socialmente relevante e eticamente estabelecido, sobre os problemas de saúde da população.

Imbuídos deste espírito, com satisfação convidamos a todos os pesquisadores, professores e estudantes participar do exercício da ética no ensino-pesquisa envolvendo seres humanos!

O Colegiado do CEP/CCS desenvolveu um Manual de Orientação sobre as principais pendências éticas que foram identificadas pelo CEP e também pela CONEP e visa auxiliar tantos os membros na elaboração dos pareceres de forma padronizada, igualitária e justa.

E também busca transmitir ao pesquisador uma maior compreensão destas pendências, tornando o parecer uma ferramenta pedagógica de instrução ao mesmo.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA

CAPÍTULO I – DA NATUREZA E FINALIDADE

ARTIGO 1º - A COMISSÃO de Ética em Pesquisa, ser criado por ato da Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** autorizado pela Resolução CONSEP/015/04 de 09/08/2004, sendo normalizado seu funcionamento pela Portaria DP nº 02/04 de 21/09/2004, em cumprimento ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo reconhecido oficialmente pela Carta CONEP/CNS/MS nº 026 de 19/junho/2005.

ARTIGO 2º - A COMISSÃO de Ética em Pesquisa-CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, com "múnus público", de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade contribuindo para odesenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos e cumprindo um papel educativo no intuito de assegurar a formação continuada dos seus membros e dos pesquisadores da instituição e da comunidade geral.

ARTIGO 3º - São objetivos da COMISSÃO de Ética em Pesquisa-CEP:

I - defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridadee dignidade;

II - orientar o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos;

III - analisar e emitir parecer de acordo com os princípios éticos, emanadospelas Resoluções do CNS/MS nº 466/12 e 510/16 e suas complementares,a respeito das pesquisas que envolvam a utilização de seres humanos, sendo regido pelas normas e orientações da Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP).

CAPÍTULO II – DAS ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 4º - A COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) tem as seguintes atribuições, definidas pela Resolução CNS/MS nº 466/12:

Parágrafo Primeiro: receber e analisar os aspectos éticos dos protocolos de pesquisa e emitir parecer consubstanciado sobre o mesmo e de forma independente;

Parágrafo Segundo: divulgar no âmbito comunitário e institucional (docentes, discentes, funcionários, participantes de pesquisa, usuários dos serviços de saúde, interessados e população em geral) as normas relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos;

Parágrafo Terceiro: fazer cumprir e zelar pelas atribuições do CEP descritas na Resolução CNS/MS nº 466/12;

Parágrafo Quarto: a revisão ética de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não será analisada pelo COMISSÃO;

Parágrafo Quinto: constatado qualquer procedimento fora dos limites das legislações vigentes durante a execução de trabalhos de pesquisa, o COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) solicitará ao responsável a paralisação de sua execução até que a irregularidade seja sanada, sem prejuízo de outras medidas cabíveis;

Parágrafo Sexto: das decisões proferidas pelo COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) caberá recurso, sem efeito suspensivo, à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, encaminhado por meio do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

Parágrafo Sétimo: cabe ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** a apuração de denúncias sobre dolo ou outras irregularidades decorrentes das decisões deste COMISSÃO, bem como tomar as medidas cabíveis;

Parágrafo Oitavo: os membros do **COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)** está obrigados a resguardar o sigilo, desde que o mesmo não venha ferir os princípios éticos estabelecidos nas legislações vigentes, sob pena de responsabilidade;

Parágrafo Nono: os membros do **COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)** têm total independência de ação no exercício de suas funções no COMISSÃO, mantendo, sob caráter confidencial, as informações as quais tem acesso;

Parágrafo Décimo: ao receber denúncias ou perceber situações de infrações éticas, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, os fatos deverão ser comunicados às instâncias competentes para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO DO COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

ARTIGO 5º - **A COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)** em sua composição adota as

recomendações da Norma Operacional 001/2013 do CNS/MS e Resolução nº 466/12 do CNS/MS, sendo constituído dasseguintes representações:

Parágrafo Primeiro: do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** docentes representantes titulares e suplentes de cada uma das grandes áreas do conhecimento existentes na IES, sendo preferencialmente da carreira docente, de gêneros diferentes e com experiência no trato com a pesquisa científica;

Parágrafo Segundo: da comunidade civil de Pirenópolis (GO): representantes da comunidade civil de Pirenópolis, indicado pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás;

Parágrafo Terceiro: entre os membros titulares deverá haver, pelo menos, 1 membro representante dos usuários, respeitando-se a proporcionalidade pelo número de membros, estipulada pela Resolução, (Nº 001/13, ou seja, 1 (um) representante de usuários para cada 7 (sete) membros titulares;

Parágrafo Quarto: os membros do CEP não podem ser remunerados no desempenhode sua tarefa, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação, sendo imprescindível que sejam dispensados, nos horáriosde seu trabalho no CEP de outras obrigações na instituição, dado o caráter de relevânciapública da função;

Parágrafo quinto - O Colegiado do **COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)** será composto por membros nomeados a partir de indicação dos departamentos e/ou dos membros titulares e suplentes que compõem o colegiado **COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)** A indicação de qualquer membro titular ou suplente deverá ser submetida à aprovação plenária.

CAPÍTULO IV – DA INDICAÇÃO OU ELEIÇÃO DOS MEMBROS

ARTIGO 6º - Os membros titulares e suplentes indicados no ARTIGO 5º, § primeiro, poderão ser eleitos ou indicados pelos Coordenadores dos Colegiados de Curso de Graduação e Pós-Graduação, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação ou por meio de escrutínio secreto organizado pelos Colegiados de Cursos.

ARTIGO 7º - Os membros titulares e suplentes indicados no ARTIGO 5º, § segundo, serão indicados por meio de ofício pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) do estado de Goiás, sendo denominados representantes dos usuários do serviço de saúde.

ARTIGO 8º - Os membros titulares e suplentes indicados no ARTIGO 5º, § terceiro, serão escolhidos pela plenária do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP), feita por meio de indicação ou votação dossenhores membros em reunião ordinária. Os candidatos eventuais apresentarão carta de manifestação de interesse e currículo *lattes* ao coordenador do COMISSÃO

DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) que submeterá os nomes à avaliação da plenária para referendo.

CAPÍTULO V – DO MANDATO DOS MEMBROS

ARTIGO 9º - O mandato dos membros do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) será de 3 (três) anos, conforme previsto na Resolução 370/2007, podendo haver uma recondução consecutiva por igual período.

ARTIGO 10º - Os membros do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP), pelo menos 1/3 da composição, deverão ser renovados, preferencialmente, a cada 18 meses (um ano e meio).

ARTIGO 11º - Todos os membros do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) deverão ao menos uma vez a cada 12 meses, ser submetidos a cursos de capacitação ministrados por especialistas na área da ética e da bioética, estudiosos do assunto e que apresentem vivência nas lides do sistema CEP-CONEP, membros da própria CONEP ou membros de CEP e que apresentem notório saber.

Parágrafo Único: os novos membros (titulares e suplentes) deverão ser submetidos a treinamento prévio que os habilite ao exercício de suas funções futuras junto a CEP. Caberá à COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP), em consonância com a Diretoria Geral, prover este treinamento e definir a forma mais viável para sua ocorrência.

ARTIGO 12º - Em caso de afastamento de algum membro do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP), por razões pessoais ou profissionais, este deverá ser informado à Coordenação, justificando por escrito as razões do afastamento do CEP. O membro afastado deverá ser substituído preferencialmente pelo membro suplente que já tenha passado pelo treinamento/capacitação da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).

Parágrafo Único: em caso de impossibilidade, no prazo de 30 (trinta) dias será indicado um substituto, ouvida a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação e/ou Coordenação de Cursos.

ARTIGO 13º - O membro do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) que faltar a três reuniões sem justificativa formalizada por escrito poderá ser excluído e substituído na forma do parágrafo anterior, a critério do Diretoria Técnica do HEEMJ ou de sua Coordenação. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas será entendida pela plenária como uma solicitação de desligamento das funções do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP), sendo prontamente acatada pela Coordenação e referendada pela plenária.

Parágrafo Único: A COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) deverá comunicar a CONEP as situações de vacância ou afastamento de membros e encaminhar as substituições efetuadas, justiçando-as, conforme a norma operacional 001/13.

CAPÍTULO VI – DA ORGANIZAÇÃO

ARTIGO 14º - A COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) será dirigido por um(a) Coordenador(a), um(a) vice- coordenador(a) e um(a) secretário(a). A escolha do(a) Coordenador(a) e vice será feita pelosmembros que compõem o colegiado durante a primeira reunião ordinária de cada ano.

Parágrafo Primeiro: O mandato do(a) Coordenador(a) e do vice-coordenador terá duração máxima de 3 (três) anos, podendo haver uma recondução consecutiva por igualperíodo.

Parágrafo Segundo: Na vacância do(a) Coordenador(a), proceder-se-á nova eleição na subsequente reunião do CEP, devendo o eleito completar o mandato restante.

Parágrafo Terceiro: No impedimento do(a) Coordenador(a) por afastamento temporário, gozo de férias ou licença saúde, responderá pela COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) o vice-coordenador(a) e, no impedimento deste, o segundo, eleito entre seus membros na primeira reunião.

Parágrafo Quarto: Para os trabalhos de secretaria da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) a Pró- Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação indicará um(a) secretário(a) que terá a responsabilidade dos trâmites documentais relativos aos protocolos de pesquisa, serviços de arquivo e informações gerais, provendo a infraestrutura física necessária aodesenvolvimento das atividades da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP). O secretário(a) terá função exclusivamente executiva, não sendo considerado membro do COMISSÃO, estando sujeito(a), porém, aos critérios éticos do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) e CONEP.

ARTIGO 15º - Os projetos de pesquisa que envolvam seres humanos, elaborados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ou a ele encaminhados, de áreas exclusivas da Saúde, das Ciências Sociais e Ciências Sociais Aplicadas, das Ciências Agrárias e Biológicas, das Ciências Humanas e demais áreas cientificas deverão ser encaminhados á Plataforma Brasil, onde a(o) Secretária(o) receberá que o encaminhará para a(o) Coordenador(a) da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP),que designará um relator(a) para análise e emissão de parecer consubstanciado e de mérito ético.

ARTIGO 16º - Compete a(o) Coordenador(a) da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) convocar e presidir reuniões ordinárias e extraordinárias, receber, distribuir os protocolos aos relatores, controlara distribuição equitativa dos pareceres aos relatores, notificar os prazos e informar o parecerda Comissão ao interessado.

ARTIGO 17º - Compete a(o) Secretário(a) da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) enviar a convocação da reunião com antecedência mínima de 7 (sete) dias úteis aos membros do CEP,

elaborar atas das Reuniões, emitir, transcrever e comunicar pareceres, verificar o cumprimento dos prazosde emissão dos pareceres.

CAPÍTULO VII – DAS REUNIÕES

ARTIGO 18º – A reunião da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) se instalará e deliberará com a presença de pelo menos 50% mais 1(um) de seus membros, e será dirigida pelo seu coordenador ou, na sua ausência, pelo vice-coordenador ou um membro do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) designado pelocoordenador.

Parágrafo Único: as reuniões se darão da seguinte forma:

a) verificação da presença do coordenador e, na sua ausência, abertura dostrabalhos por um vice-coordenador ou um membro do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) designado pelo coordenador;

b) verificação de presença dos membros do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) e existência de"quorum";

c) leitura e assinatura da ata da reunião anterior;

d) Apresentação das justificativas de ausência;

e) comunicações breves;

f) leitura e despacho do expediente;

g) ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;

h) encerramento da sessão.

ARTIGO 19º - As reuniões da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) serão realizadas ordinariamente a cada 15 (quinze) dias e reunir-se-á ordinária ou extraordinariamente sempre que necessário, a juízo do Coordenador ou por convocação de dois terços de seus membros.

Parágrafo Primeiro: as sessões extraordinárias deverão ser convocadas com prazo mínimo de 3 (três) dias, salvo em casos de extrema urgência, e apenas tratarão e votarão os assuntos que determinaram a sua convocação ou, excepcionalmente, assuntos que necessitem de decisões urgentes.

ARTIGO 20º - Os membros da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) deverão estar presentes nas reuniões convocadas para deliberação da análise e emissão de pareceres nos projetos.

Parágrafo Primeiro: o membro que faltar em até três reuniões consecutivas sem justificativa formalizada por escrito será excluído e substituído. A justificativa deve ser encaminhada à secretaria do CEP com pelos menos 2 (dois) dias de antecedência.

Parágrafo Segundo: o membro do CEP deverá participar das reuniões e, como produção, avaliar e discutir nas mesmas, pelo menos 75% (setenta e cinco por cento) dos projetos à ele designado para avaliação.

ARTIGO 21º - A COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) disponibilizará para a comunidade cientifica e acadêmica,em local de fácil visibilidade e na página oficial do CEP na instituição, o calendário de suas reuniões.

ARTIGO 22º - Os pesquisadores responsáveis por procedimentos de pesquisa que envolva seres humanos, a serem realizados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ou em qualquer outro local, deverão submeter o projeto, bem como anexar todo o protocolo de pesquisa junto à Plataforma Brasil para análise da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).

ARTIGO 23º - Os Protocolos de Pesquisas submetidos à COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) para análise ética seguirão os trâmites previstos na Resolução CNS/MS nº 466/12 e, referendados pelo Manual Operacional para COMISSÃOs de Ética em Pesquisa, serão analisados na reunião subsequente à sua submissão, sendo respeitado o Calendário de Reuniões, os prazos estabelecidos e divulgados para a tramitação dos protocolos e avaliação pelos relatores.

ARTIGO 24º - As decisões da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) sobre os resultados da análise dos Protocolosde Pesquisa a ele submetidos serão tomadas em reunião plenária, devendo ser suas deliberações acatadas por unanimidade.

Parágrafo Único: o Coordenador da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) terá direito também a voto dequantidade.

ARTIGO 25º - Os membros da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) deverão se isentar de tomadas de decisõesquando diretamente envolvidos na pesquisa em análise.

ARTIGO 26º - A COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) deverá realizar anualmente programas de capacitação dosmembros, bem como da comunidade acadêmica e promoção da educação em ética em pesquisa envolvendo seres humanos, conforme requer a Norma Operacional nº 001/13.

ARTIGO 27º - Quando ocorrer paralisação das atividades do CEP em função de greve ou recesso institucional, nos termos da Carta Circular nº 244/16, da CONEP, o CEP deverá no caso de "Greve Institucional: comunicar à comunidade de pesquisadores e às instâncias institucionais correlatas (por exemplo: comissões de pós-graduação, centro de pesquisa clínica, outros) quanto à situação, informando se haverá interrupção temporária da tramitação dos protocolos, e se a

tramitação permanecerá paralisada (parcial ou totalmente) pelo tempoque perdurar a greve; aos participantes de pesquisa e seus representantes o tempo de duração estimado da greve e as formas de contato com a CONEP, de modo que permaneçamassistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período da greve; e em relação aos projetos de caráter acadêmico, como TCC, mestrado edoutorado, a instituição deverá adequar devidamente os prazos dos alunos, de acordo com a situação de cada um, caso haja atraso na avaliação ética pelo CEP institucional; e informar àCONEP quais as providências que serão adotadas para regularizar a sua atuação quanto à tramitação de protocolos para apreciação ética, após o período de paralisação, e Recesso Institucional: informar, com a devida antecedência e por meio de ampla divulgação por via eletrônica, à comunidade de pesquisadores o período exato de duração do recesso; e aos participantes de pesquisa e seus representantes o período exato de duração do recesso e asformas de contato com o CEP e a CONEP, de modo que permaneçam assistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período do recesso".

CAPÍTULO VIII – DO PROTOCOLO E PARECER

ARTIGO 28º - O Projeto de Pesquisa será submetido ao COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) pelo pesquisadorresponsável por meio da Plataforma Brasil, sendo apresentado conforme normas estabelecidas e vigentes.

Parágrafo Primeiro: os projetos recebidos para análise deverão conter documentos elencados conforme o que determina as Resoluções do CNS/MS nº 466/12 e 510/2016,sendo que aqueles que não apresentarem os documentos exigidos e divulgados serãorejeitados;

Parágrafo Segundo: os projetos de pesquisa com todos os documentos elencados serão validados, aceitos e encaminhados à Coordenação do CEP, para que esta confirme a designação da Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

Parágrafo Terceiro: o(s) relator(es) designado(s) deverá(ão) emitir parecer de mérito e consubstanciado de acordo com o que determina as Resoluções do CNS/MS nº 466/12e 510/2016 e suas complementares e o padrão vigente no COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP). O parecer que não se apresentar no padrão solicitado será reencaminhado ao relator para adequação;

Parágrafo Quarto: os prazos para análise dos protocolos de pesquisa, de acordo como contido na Resolução CNS nº 466/12 complementada pela Norma Operacional nº 001/13, será de 10 (dez) dias para checagem documental e 30 (trinta) dias para liberaro parecer.

ARTIGO 29º - A recusa ou atraso na emissão do parecer pelo período superior a 30 (trinta) dias será considerado, pelo COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP), como solicitação de desligamento das funções,sendo acatada prontamente pelo colegiado e coordenação.

ARTIGO 30º - A Coordenação da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) fará a leitura de todos os pareceres, iniciais ou de retorno, e avaliará a sua consistência com o padrão COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) e CONEP, podendo oferecer sugestões ao pesquisador e/ao Relator antes da avaliação da COMISSÃO.

ARTIGO 31º - Estando o parecer apropriado, este será submetido à avaliação do colegiado da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) em reunião plenária ordinária ou extraordinária. Recebendo ou não alterações ou emendas, o parecer será votado recebendo classificação em categorias:

Parágrafo Primeiro: Aprovado – quando o protocolo se encontra totalmente adequado para execução;

Parágrafo Segundo: Com Pendência – quando a decisão é pela necessidade de correção, hipótese em que serão solicitadas alterações ou complementações do protocolo de pesquisa. Por mais simples que seja a exigência feita, o protocolo continua em "pendência", enquanto esta não estiver completamente atendida. Se o parecer for de pendência, o pesquisador terá o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir de sua emissão na Plataforma Brasil, para atendê-la. Decorrido este prazo, o CEP terá 30 (trinta) dias para emitir o parecer final, aprovando ou reprovando o protocolo;

Parágrafo Terceiro: Não aprovado – Quando a decisão considera que os óbices éticosdo protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em "pendência". Nas decisões de não aprovação cabe recurso ao próprio CEP e/ou à CONEP, no prazo de 30 (trinta) dias, sempre que algum fato novo for apresentado parafundamentar a necessidade de uma reanálise;

Parágrafo Quarto: Arquivado – Quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer;

Parágrafo Quinto: Suspenso – Quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa;

Parágrafo Sexto: Retirado – Quando o Sistema CEP/CONEP acatar a solicitação do pesquisador responsável mediante justificativa para a retirada do protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso, o protocolo é considerado encerrado.

ARTIGO 32º - A coordenação da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP), considerando os prazos de tramitação decada Protocolo, poderá expedir Pareceres de interrupção da pesquisa a

partir das categorias: Cancelado – quando a interrupção ocorrer antes do inicio da coleta de dados; Suspenso – quando a interrupção ocorrer após o inicio da coleta de dados.

ARTIGO 33º - Sendo aprovado o Protocolo de Pesquisa, a COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) passa a assumira corresponsabilidade, juntamente com os responsáveis pela pesquisa e a CONEP, no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa, garantindo a proteção dos participantes da pesquisa.

Parágrafo Único: A aprovação do Protocolo de pesquisa deverá ser emitida conforme as Resoluções 466/2012 e/ou 510/2016, considerando a seguridade aos direitos e deveres dos participantes da pesquisa e da comunidade científica.

ARTIGO 34º - A COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) deverá manter em arquivo os protocolos de pesquisa e relatórios correspondentes por, no mínimo, 5 (cinco) anos após o encerramento do estudo.

ARTIGO 35º - As pesquisas submetidas à avaliação ética da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) só deverão ser iniciadas após receberem parecer com as categorias Aprovação.

Parágrafo Único: os protocolos de área temática especial aprovados pelo CEP serão encaminhados à CONEP para análise e a pesquisa deverá ter início após a aprovação do órgão. Eventualmente e a critério da Coordenação referendado pela Plenária do colegiado da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) os Protocolos dePesquisa de área temática especial poderão ser submetidos à apreciação da CONEP, sendo que neste caso a pesquisa só poderá ser iniciada após a manifestação favorável do órgão.

ARTIGO 36º - As repostas às solicitações referentes ao Protocolo de Pesquisa em avaliação ou já avaliado, incluindo pedidos de inclusão ou exclusão de pesquisadores, alterações do título, extensão ou emendas só serão formalizadas se forem oriundas do pesquisador responsável, feitas por meio do site da Plataforma Brasil no ícone: Gerar Notificação. As solicitações serão analisadas por relatores e submetidas à plenária da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) para discussão e deliberação.

Parágrafo Único: haverá exceção no caso de morte ou doença incapacitante do pesquisador responsável. Neste caso, a solicitação deverá conter a concordância por escrito dos demais pesquisadores envolvidos e registrados na Plataforma Brasil.

ARTIGO 37º - Os relatores, cuja identidade deverá ser sigilosa, emitirão pareceres contendo apreciação sobre os aspectos éticos da pesquisa, tendo prazo máximo de 10 (dez) dias para apresentar os seus pareceres, salvo quando for justificado o pedido de prorrogação com deferimento do Coordenador.

ARTIGO 38º - Recebidos os pareceres, o Coordenador incluirá na pauta da reunião

imediatamente subsequente ao seu recebimento para apreciação da plenária, sendo determinada a leitura dos pareceres iniciais e/ou dos relatórios, colocando em discussão e votação as suas conclusões.

ARTIGO 39º - Quando ocorrer a terceira pendência do projeto inicial, este será apreciado em reunião, ficando a critério da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) a designação de um terceiro relator ou o envio de questionamentos ao pesquisador. Não havendo manifestação dentro do prazo, o processo será arquivado.

ARTIGO 40º - Quando não for possível, durante a reunião da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP), estabelecer um consenso entre pareceres emitidos, o projeto poderá ser encaminhado a um parecerista *ad hoc* especialista na área ou para a CONEP, a critério do colegiado do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP), ouvida a plenária.

ARTIGO 41º - Qualquer membro poderá solicitar vistas aos autos, devendo apresentar suas considerações até 48 (quarenta e oito) horas antes da subsequente reunião do CEP para sua inclusão na pauta, quando, então, serão objetos de deliberação.

CAPÍTULO IX – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ARTIGO 42º - A responsabilidade do pesquisador responsável pela pesquisa é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

ARTIGO 43º - Ao pesquisador responsável cabe:

a) submeter o projeto via Plataforma Brasil e aguardar o pronunciamentodo COMISSÃO antes de dar início à pesquisa;

b) desenvolver o projeto conforme delineado;

c) elaborar e apresentar os resultados finais;

d) apresentar, a qualquer momento, dados solicitados pelo CEP-UNICESUMAR;

e) manter em arquivo, sob sua guarda, por no mínimo 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, que deverão conter as fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP);

f) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos;

g) justificar perante o COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

CAPÍTULO X – DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 44º - O conteúdo tratado durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no CEP é de ordem estritamente sigilosa e suas reuniões são sempre fechadas ao público. Cada um dos membros da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) e todos os funcionários que têm acesso aos documentos, inclusive virtuais, e reuniões devem manter sigilo comprometendo- se, por declaração escrita, sobe pena de responsabilidade.

ARTIGO 45º - Os membros do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) que infringirem esta norma regimental por qualquer razão ou incorrerem em falta de ética profissional para a sua função no cargo ou para com o pesquisador serão afastados, não podendo ocupar o cargo novamente.

ARTIGO 46º - É vedado, tanto aos titulares quanto aos suplentes, exercer atividades nas quais interesses privados possam comprometer o interesse público e sua imparcialidade no exercício de suas atividades no sistema CEP/CONEP.

ARTIGO 47º - Caso haja denúncias de infração ou falta de ética por parte de quaisquer membros do COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP), estas deverão ser encaminhadas por escrito, por e-mail ou pelo sítio do CEP na internet, fundamentadas e assinadas, ao Coordenador que encaminhará à Pró- Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da instituição para abertura de processo de sindicância.

ARTIGO 48º - Cabe ao Coordenador encaminhar relatório anual das atividades do CEP à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

ARTIGO 49º - Este Regimento poderá ser modificado em reunião expressamente convocada para este propósito e as alterações propostas deverão ser aprovadas por maioria simples e aclamadas em plenário pelos membros da COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).

ARTIGO 50º - A COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) se obriga a comunicar anualmente à CONEP sua nova composição.

ARTIGO 51º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Coordenação do CEP com base nas Resoluções do CNS/MS nº 466/12, 510/2016 e complementares à mesma ou que venham substitui-la, após consulta ao COMISSÃO e à CONEP,caso necessário.

ARTIGO 52º - Este regimento entrará em vigor após aprovação dos membros desta comissão e do HERSO.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA - CEP												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CEP	■											
Revisão do Regimento Interno		■										
Reuniões Ordinárias		■				■				■		
Atas das Reuniões		■				■				■		
Resultados Positivos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

4.1.11. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

É equipe responsável por administrar a Terapia Nutricional, um conjunto de procedimentos que busca a recuperação e a manutenção da saúde nutricional do paciente. Os profissionais envolvidos cuidam tanto da nutrição enteral (por meio de sonda) quanto da parenteral (intravenosa).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é o órgão responsável por regulamentar a atividade de uma EMTN nas instituições de saúde. Mesmo sendo obrigatória nos hospitais, muitos estabelecimentos e profissionais ainda não entendem completamente o papel dessa equipe.

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL TERAPIANUTRICIONAL (EMTN)

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional será composta por:

dois representantes da categoria nutrição;

dois representantes da categoria médica;

um representante da categoria de enfermagem;

um representante da categoria farmácia;

um representante da fonoaudiologia;

um representante da administrativo;

um representante clínico.

OBJETIVOS DA COMISSÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL TERAPIANUTRICIONAL (EMTN)

A EMNT trabalha para estabelecer os padrões necessários para o gerenciamento das Terapias Nutricionais. É um conjunto de rotinas integradas, em que cada profissional exerce uma atividade, buscando proporcionar uma nutrição adequada a cada paciente.

Assim, a equipe se encarrega de criar diretrizes e processos para a triagem, a identificação de riscos nutricionais e as terapias mais viáveis para a recuperação dos pacientes. No ambiente hospitalar, principalmente, essa atuação é muito importante, uma vez que a alimentação e também os tratamentos devem considerar sempre as condições físicas e as possíveis doenças concomitantes.

Além disso, a EMTN investiga pacientes em risco de nutrição ou desnutridos, bem como, aqueles com dificuldades na absorção de nutrientes. Da mesma forma, a equipe trata dos cuidados com gastrostomias e jejunostomias, entre outras necessidades alimentares especiais, como dietas restritivas, curativos, controle de volume dos resíduos e a reidratação.

REGIMENTO INTERNO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL TERAPIANUTRICIONAL (EMTN)

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

ARTIGO 1º - O Regimento Interno da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para a sistematização da Terapia Nutricional Enteral no **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 2º - A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é uma equipe multiprofissional , que tem por finalidade a execução, supervisãoe avaliação permanente de todas as etapas da terapia nutricional.

ARTIGO 3º - O objetivo da EMTN é garantir assistência nutricional efetiva, de forma a prevenir e tratar a desnutrição intra-hospitalar, buscando promover o cuidado integral, seguro e efetivo para o paciente, além da eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos discentes.

CAPÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

ARTIGO 4º - Para este Regimento, considera-se:

I. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional: grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias a critério do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** conforme prevê a Resolução - RDC nº 63, de 6 de julho de 2000.

II. Terapia Nutricional (TN): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

III. Terapia de Nutrição Enteral (TNE): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

ARTIGO 5º - A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional é composta por:

dois representantes da categoria nutrição;

dois representantes da categoria médica;

um representante da categoria de enfermagem;

um representante da categoria farmácia;

um representante da fonoaudiologia;

um representante da administrativo um representante clínico.

Parágrafo único. O coordenador técnico-administrativo deve, preferencialmente, possuir título de especialista reconhecido em área relacionada com a Terapia Nutricional e o coordenador clínico deve ser médico.

CAPÍTULO III - DA INSTITUIÇÃO

ARTIGO 6º - A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional Enteral está instituída formalmente por meio da Portaria-SEI nº 478, de 19 de novembro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 138, de 19 de novembro de 2019.

ARTIGO 7º - A Portaria de composição deverá relacionar o nome completo e SIAPE dos membros da Equipe.

ARTIGO 8º - A Portaria de composição poderá ser republicada sempre que necessário para atualização da relação de seus integrantes.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 9° - Atribuições gerais da EMTN.

I. Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição.

II. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados aos cuidados da EMTN.

III. Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos.

IV. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da TNE, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos.

V. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.

VI. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição eacompanhamento da TNE.

VII. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visandoa garantia de sua qualidade.

VIII. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membrosda EMTN, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da TNE.

IX. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, amanutenção ou a suspensão da TNE.

ARTIGO 10º - Atribuições do coordenador técnico-administrativo

I. Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da equipe e dosprofissionais da mesma, visando prioritariamente a qualidade e eficácia da TNE.

II. Representar a equipe em assuntos relacionados com as atividades da EMTN.

III. Promover e incentivar programas de educação continuada, para os profissionaisenvolvidos na TNE, devidamente registrados.

IV. Padronizar indicadores da qualidade para TNE para aplicação pela EMTN.

V. Gerenciar os aspectos técnicos e administrativos das atividades de TNE.

VI. Analisar o custo e o benefício da TNE no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

ARTIGO 11º - Atribuições do coordenador clínico

I. Coordenar os protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNE.

II. Zelar pelo cumprimento das diretrizes de qualidade estabelecidas nas BPPNE e BPANE.

III. Assegurar a atualização dos conhecimentos técnicos e científicos relacionados com a TNE e a sua aplicação.

IV. Garantir que a qualidade dos procedimentos de TNE, prevaleçam sobre quaisquer outros aspectos.

ARTIGO 12º - Atribuições do médico

I. Indicar e prescrever a TNE.

II. Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal para a TNE e estabelecer a melhor via, incluindo ostomias de nutrição por via cirúrgica, laparoscópica e endoscópica.

III. Orientar os pacientes e os familiares ou o responsável legal, quanto aos riscos e benefícios do procedimento.

IV. Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procedimento

V. Garantir os registros da evolução e dos procedimentos médicos.

ARTIGO 13º - Atribuições do nutricionista.

I. Realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional.

II. Elaborar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica.

III. Formular a NE estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, seu fracionamento segundo horários e formas de apresentação.

IV. Acompanhar a evolução nutricional do paciente em TNE, independente da via de administração, até alta nutricional estabelecida pela EMTN.

V. Adequar a prescrição dietética, em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva apresentadas pelo paciente.

VI. Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente.

VII. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita para o período após a alta hospitalar.

VIII. Utilizar técnicas pré-estabelecidas de preparação da NE que assegurem a manutenção das características organolépticas e a garantia microbiológica e bromatológica dentro de padrões recomendados na BPPNE.

IX. Selecionar, adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, os insumos necessários ao preparo da NE, bem como a NE industrializada.

X. Qualificar fornecedores e assegurar que a entrega dos insumos e NE industrializada seja acompanhada do certificado de análise emitido pelo fabricante.

XI. Assegurar que os rótulos da NE apresentem, de maneira clara e precisa, todos os dizeres exigidos no item 4.5.4 - Rotulagem e Embalagem da BPPNE.

XII. Assegurar a correta amostragem da NE preparada para análise microbiológica, segundo as BPPNE.

XIII. Atender aos requisitos técnicos na manipulação da NE.

XIV. Participar de estudos para o desenvolvimento de novas formulações de NE.

XV. Organizar e operacionalizar as áreas e atividades de preparação.

XVI. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores, bem como para todos os profissionais envolvidos na preparação da NE.

XVII. Garantir a identificação das dietas, onde conste, no mínimo: data e hora da manipulação da NE, nome completo e registro do paciente, número sequencial da manipulação, número de doses manipuladas por prescrição, identificação (nome e registro) do médico e do manipulador, prazo de validade da NE.

XVIII. Desenvolver e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos aspectos operacionais da preparação da NE.

XIX. Supervisionar e promover auto-inspeção nas rotinas operacionais da preparação da NE

ARTIGO 14º - Atribuições do enfermeiro.

I. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização econtrole da TNE, de acordo com suas atribuições profissionais;

II. Monitorar e avaliar os cuidados de enfermagem na TNE;

III. Monitorar a manutenção das vias de administração da TNE;

IV. Monitorar as prescrições dos cuidados de enfermagem na TNE, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar;

V. Ser o elo frente à detecção, registro e comunicação para a EMTN e/ou o médicoresponsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa;

VI. Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto ao: peso, sinais vitais, tolerância digestiva e outros que se fizerem necessários;

VII. Elaborar e padronizar procedimentos de enfermagem relacionados à TNE;

VIII. Monitorar e orientar junto ao Setor de Farmácia Hospitalar que qualquer outra droga e/ou nutriente prescritos, não sejam infundidos na mesma via de administração da NE;

IX. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores, frente aos processos queenvolvam a melhor conduta para a administração da TN;

X. Orientar e supervisionar o perfeito funcionamento das bombas de infusão;

XI. Participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da TNE.

ARTIGO 15º - Atribuições do farmacêutico.

I. De acordo com os critérios estabelecidos pela EMTN, adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, por razões técnicas e ou operacionais, não forem da responsabilidade do nutricionista.

II. Participar da qualificação de fornecedores e assegurar que a entrega da NE industrializada seja acompanhada de certificado de análise emitido pelo fabricante.

III. Participar de estudos para o desenvolvimento de novas formulações para NE.

IV. Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas quanto à compatibilidade físico-

química droga-nutriente e nutriente-nutriente.

V. Participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutriente e nutriente-nutriente, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado.

VI. Organizar e operacionalizar as áreas e atividades da farmácia.

VII. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores.

ARTIGO 16º - Atribuições do fonoaudiólogo.

I. Identificar os pacientes com risco para disfagia e sugerir o encaminhamento para avaliação;

II. Analisar a biomecânica da deglutição;

III. Estabelecer um diagnóstico relacionado às doenças da deglutição;

IV. Definir um plano para a terapia e tratar a disfagia orofaríngea;

V. Intervir nos procedimentos para resolver dificuldades de deglutição;

VI. Ajudar a equipe a escolher uma via alimentar alternativa em pacientes de risco;

VII. Orientar o paciente ou responsável para melhorar as funções de deglutição;

VIII. Coordenar os protocolos de avaliação fonoaudiológica;

IX. Assegurar a atualização dos conhecimentos técnicos e científicos relacionados com a TNE e a sua aplicação;

X. Garantir que a qualidade dos procedimentos de TNE, prevaleçam sobre quaisquer outros aspectos;

XI. Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procedimento;

XII. Garantir os registros da avaliação e evolução dos procedimentos realizados.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO.

ARTIGO 17º - A atuação dos membros da EMTN se restringe ao âmbito interno de sua instituição hospitalar, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** à missão, visão e valores do ISAC.

ARTIGO 18º - As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente em local previamente agendado ou por videoconferência, conforme acordado previamente com seus membros.

§1º Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo coordenador técnico-administrativo com antecedência mínima de 48 horas, sendo obrigatória, pelo menos, a presença do coordenador técnico ou do coordenador clínico da EMTN.

§2º A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deliberará com a presença da maioria simples.

§3º As reuniões deverão ser registradas em ata de reunião via processo SEI.

§4º O membro que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será desligado da EMTN.

ARTIGO 19º - Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador clínico ou técnico-administrativo da EMTN com antecedência mínima de 24 horas.

ARTIGO 20º - As deliberações da EMTN deverão ser encaminhadas à Superintendência, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

ARTIGO 21º - A participação na EMTN não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros.

Parágrafo único. Os participantes da EMTN deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão.

ARTIGO 22º - A EMTN é a responsável pelas capacitações dos profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a Terapia Nutricional Enteral, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.

ARTIGO 23º - A solicitação de avaliação do paciente pela EMTN deverá ocorrer por intermédio da equipe assistencial.

ARTIGO 24º - A EMTN deverá atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos.

ARTIGO 25º - As condutas da EMTN devem estar alinhadas com os profissionais que prestam assistência ao paciente;

ARTIGO 26º - As condutas clínicas referentes à TNE deverão ser tomadas conforme padronizado nos elaborados pela EMTN e disponíveis no site do HERSO e nas unidades funcionais nas estações de trabalho dos colaboradores;

ARTIGO 27º - A EMTN acompanhará periodicamente os Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional Enteral (IQTN), de forma a monitorar a eficácia da terapia nutricional, bem como garantir a excelência do suporte nutricional prestado aos pacientes.

ARTIGO 28º - Nenhum membro da EMTN, à exceção de seus Coordenadores, poderá falar em nome da Equipe, sem que esteja autorizado pela Superintendência.

ARTIGO 29º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da EMTN e submetidos à apreciação final da Superintendência.

ARTIGO 30º - Este regimento entrará em vigor após aprovação dos membros desta comissão e do HERSO.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL TERAPIANUTRICIONAL (EMTN)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL TERAPIANUTRICIONAL (EMTN)												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da EMTN	■											
Revisão do Regimento Interno		■										
Reuniões Ordinárias		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atas das Reuniões		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Resultados Positivos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

4.1.12. COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

Os serviços de radioterapia compreendem as especialidades de teleterapia (uso de radiação emitida por bombas de cobalto, aceleradores lineares e equipamentos convencionais de raios X), braquiterapia (uso de radiação à curta distância ou com implantação de fontes de radiação de baixa ou alta dose no paciente) e betaterapia (fontes de baixa energia utilizadas em procedimentos superficiais). Aceleradores lineares e equipamentos de braquiterapia de alta dose, bem como equipamentos computadorizados para o planejamento de tratamento e simuladores, são considerados desenvolvimentos tecnológicos que aumentam a precisão das aplicações e qualidade, segurança e efetividade dos tratamentos, além de permitir uma otimização do trabalho do médico

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA – CPR

A equipe da Comissão de Proteção Radiológica deverá ser composta por, no mínimo:

✓– um físico e/ou um médico representante de cada uma das unidades que fazem uso das radiações ionizantes (Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear);

✓ – um representante da Física Médica, que pode estar contemplado pelo item II;

✓ – um médico e/ou um engenheiro da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (USOST).

OBJETIVOS DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA – CPR

Estabelecer os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e também regulamentar o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.

Elaborar uma comissão de radioproteção é importante para ajudar a minimizar os riscos que essas atividades simbolizam. Ajuda, ainda, no efetivo controle da intensidade do material radioativo a ser utilizado, na melhor gestão de rejeitos radioativos, assim como no armazenamento e no transporte de fontes radioativas.

Ao estabelecer esses parâmetros, a gestão terá mais facilidade em adequar o estabelecimento à legislação — como a RDC 330, por exemplo — e respeitar os limites e a intensidade de exposição dos profissionais e pacientes. Logo, é necessário repensar estratégias que garantam a segurança da atividade radiológica e promovam o respeito à saúde integral.

Entre as atribuições da comissão de radioproteção, as mais relevantes são:

✓ Propor medidas para minimizar o tempo de exposição de funcionários e pacientes;

✓ Verificar a distância correta entre o material radioativo e o colaborador em serviço;

✓ Definir um regimento interno, fiscalizar e discutir situações de risco;

✓ Incentivar a capacitação técnica e a atualização dos operadores;

✓ Zelar para que existam avisos de sinalização nos locais de risco;

✓ Melhorar a comunicação entre os colaboradores desse campo;

✓ Acompanhar, mais de perto, as rotinas dos profissionais.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA - CPR

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS

ARTIGO 1º - A Comissão de Radioproteção, será criada e estruturada pela Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** devido à necessidade da existência de um comitê de proteção radiológica em estabelecimentos hospitalares, atendendo a Portaria n.º 453, de 1 de junho de 1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

ARTIGO 2º - A Comissão tem como objetivos:

I - 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;

II - recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na instituição.

CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS

ARTIGO 3º - São competências da Comissão:

I - promover cursos e palestras de conscientização e capacitação para colaboradores da instituição não envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante;

II - acompanhar o gerenciamento da monitoração individual das pessoas ocupacionalmente expostas às radiações ionizantes;

III - discutir problemas diversos referente ao uso das radiações ionizantes e à radioproteção;

IV - definir programas de treinamento periódicos em proteção radiológica para colaboradores da instituição envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante.

V

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO E MANDATO

ARTIGO 4º Esta comissão é multiprofissional e multiprofissional, nomeada pelo Diretor Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** em portaria e composta por membros do seu quadro funcional.

ARTIGO 5.º Esta comissão deve ser estruturada em:

I – presidente;

II – vice-presidente

III – secretário;

IV – membros do corpo deliberativo e executivo.

ARTIGO 6.º O corpo deliberativo e executivo deve ser composto por, no mínimo:

✓– um físico e/ou um médico representante de cada uma das unidades que fazem uso das radiações ionizantes (Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear);

✓ – um representante da Física Médica, que pode estar contemplado pelo item II;

✓ – um médico e/ou um engenheiro da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (USOST).

Parágrafo único. A Comissão poderá ser integrada por demais membros da USOST e das Unidades de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear, ficando a critério do presidente a convocação e/ou a solicitação de nomeação dos nomes em portaria, atendendo às necessidades do momento e/ou da equipe.

ARTIGO 7º - 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 superintendente 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

ARTIGO 8.º São atribuições do presidente da comissão:

I - instalar a comissão e presidir suas reuniões;

II - representar a comissão em suas relações internas e externas;

III - participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

IV - 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.

ARTIGO 9º - São atribuições dos demais membros da comissão:

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;

III IV - executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

ARTIGO 10º - 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 devamser reexaminados nas reuniões da 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 da comissão;

VII - elaborar relatório mensal das atividades da comissão para envio ao superintendente;

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 presidente, relacionadas ao serviço.

CAPÍTULO V DAS REUNIÕES/FUNCIONAMENTO

ARTIGO 11º - As reuniões serão realizadas em caráter ordinário, mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros, e a convocaçãodeverá ter, pelo menos, três dias úteis de antecedência.

ARTIGO 12º - As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo presidente ou a pedido dequalquer membro da comissão, com 24 horas de antecedência.

ARTIGO 13º - As reuniões serão realizadas com a presença da maioria absoluta dos membros presentes à reunião.

ARTIGO 14º - De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

ARTIGO 15º - As deliberações da comissão serão consubstanciadas em relatórios endereçados

ao Superintendente.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

ARTIGO 16º - A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infra-estrutura necessária parao funcionamento da comissão.

ARTIGO 17º - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

ARTIGO 18º - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA - CPR												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CPR												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

4.1.13. COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE – CRRS

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA - RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004, o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS) é constituído por um conjunto de procedimentos de gestão. Estes procedimentos são planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos de serviços de saúde e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando

à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O gerenciamento inicia pelo planejamento dos recursos físicos e dos recursos materiais necessários, culminando na capacitação dos recursos humanos envolvidos.

Todo laboratório gerador deve elaborar um **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS,** baseado nas características dos resíduos gerados.

O PGRSS a ser elaborado deve ser compatível com as normas federais, estaduais e municipais, e ainda deve estar de acordo com os procedimentos institucionais de Biossegurança, relativos à coleta, transporte e disposição final.

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - CGRSS

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) terá a seguinte composição:

I. Um membro do SOST;

II. Dois membros da Unidade de Hotelaria;

III. Um membro do Setor de Vigilância e Segurança do Paciente;

IV. Um membro do Setor de Infraestrutura;

V. Um membro da Unidade de Pronto Atendimento;

VI. Um membro da Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente;

VII. Um membro da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher;

VIII. Um membro da Equipe Multiprofissional;

Um membro da Unidade de Cirurgia/RPA e CME

OBJETIVOS DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - CGRSS

A comissão tem o objetivo de atuar no Hospital seguindo a estrutura e organização de acordo com a legislação em vigor, a partir de um plano de gerenciamento, com finalidade de preservação da saúde pública e do meio ambiente. São atribuições desta comissão: elaborar,

implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduo Hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

I. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando a prevendo e controle dos resíduos hospitalares;

II. Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;

III. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza hospitalar e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSS (Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos);

IV. Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos hospitalares;

V. Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente;

VI. Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito à prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo hospital;

VII. Elaborar regimento interno para a CGRSS;

VIII. Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – CGRSS

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

ARTIGO 1º - A Comissão de Gerenciamento de Resíduos **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar no HERSO, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10,RDC 222/18, CONAMA 358/05)."

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS

ARTIGO 2º - Compete à comissão de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde:

I. Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para o Colegiado Executivo para aprovação, através da Superintendência;

II. Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

III. Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

IV. Desenvolver com efetividade o objetivo do PGRSS e divulgar seus resultados regularmente;

V. Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

VI. Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de colaboradores diretos, indiretos, usuários e comunidade acadêmica nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII. Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição;

VIII. Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

IX. Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manejo etransporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

X. Auxiliar os diversos setores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** em todas as questões que envolvamo gerenciamento de resíduos;

XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde (PGRSS);

XII. Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estaduale federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XIII. Cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** o Regimento do HERSO /ISAC e demais normas do hospital.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

ARTIGO 3º - A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) terá a seguinte composição:

IX. Um membro do SOST;

X. Dois membros da Unidade de Hotelaria;

XI. Um membro do Setor de Vigilância e Segurança do Paciente;

XII. Um membro do Setor de Infraestrutura;

XIII. Um membro da Unidade de Pronto Atendimento;

XIV. Um membro da Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente;

XV. Um membro da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher;

XVI. Um membro da Equipe Multiprofissional;

XVII. Um membro da Unidade de Cirurgia/RPA e CME

§ 1º Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§ 2º A presidência da CGRSS será exercida por um integrante da comissão eleito por esta e nomeado pela Superintendência do HERSO /ISAC, serão nomeados mediante portaria da Superintendência e terão mandato de (01) um ano, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 3º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (05) cinco alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 4ºA desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um memorando e encaminhada ao Presidente da Comissão.

§ 5ºEm 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.

§ 6ºA comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV - DA ESTRUTURAÇÃO

ARTIGO 4º - Compreendem a Estrutura da CGRSS:

I. Presidente;

II. Vice-Presidente;

III. Secretário;

IV. Integrantes;

V. Responsável Técnico.

ARTIGO 5º - Compete ao Presidente da CGRSS:

I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar

II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

III. Indicar integrantes para funções ou tarefas específicas;

IV. Representar a CGRSS ou indicar representantes;

V. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;

VI. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;

VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;

VIII. Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

ARTIGO 5º.- Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente,

ARTIGO 6º exercer asfunções indicadas

ARTIGO 7º - Compete ao Secretário:

I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;

III. Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;

IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;

V. Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;

VI. Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;

VII. Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;

VIII. Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

§ 1ºNa ausência do Presidente o Vice-Presidente assumirá a Presidência.

§ 2º No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá.

§ 3ºNa ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

ARTIGO 8º - Compete aos Integrantes da CGRSS:

I. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

II. Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;

III. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 24 (doze) horas da reunião;

IV. Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e às demais integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

V. Justificar ausência com antecedência;

VI. Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;

VII. Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos;

VIII. Auxiliar na implementação do PGRSS.

ARTIGO 9º - Compete ao Responsável Técnico

O responsável técnico (RT) do serviço deve designar formalmente profissional habilitado para elaborar e implantar o PGRSS.

§ 1º Dirigentes ou responsável técnico habilitado para a execução do serviço, podem ser responsáveis pela elaboração e implantação do PGRSS com a emissão da respectiva ART - anotação de responsabilidade técnica, ou documento similar junto ao seu Conselho de Classe.
§ 2º Quando for designado profissional habilitado terceirizado como responsável pela elaboração do PGRSS, este deve possuir registro ativo junto ao seu Conselho de Classe e emitir a CT- certidão técnica ou ART - anotação de responsabilidade técnica.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

ARTIGO 10º - A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez a cada 2 meses e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.
§ 1ºSalvo 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.
§ 2ºO comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Divisões e Conselhos Superiores do HERSO.

ARTIGO 11º - As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, formalmente (sei ou e-mail).

§ 1ºA 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.

§ 2ºO termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação, através de processo SEI.

ARTIGO 12º - 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 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.

SEÇÃO I - DA ATA

ARTIGO 13º - 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, através de processo SEI.

ARTIGO 14º - 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.

ARTIGO 15º - 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;

I. Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

II. O expediente;

III. O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações;

IV. Todas as propostas por extenso.

ARTIGO 16º - A ata será divulgada aos membros até 5 (cinco) dias úteis após a data da reunião.

SEÇÃO II - DAS VOTAÇÕES

ARTIGO 17º - 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).

ARTIGO 18º - As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

ARTIGO 19º - Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA - CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 20º - 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 no **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 21º - 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 pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 22º - Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – CGRSS

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – CGRSS												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CGRSS												
Revisão do Regimento Interno												

Reuniões Ordinárias													
Atas das Reuniões													
Resultados Positivos													

4.1.14. COMITÊ TRANSFUSIONAL

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Comitê Transfusional será implementado conforme a demanda que a Instituição apresentar, em concordância com as diretrizes definidas pela RDC Nº 153/2004/Ministério da Saúde - ANVISA, e suas alterações dadas pela RDC Nº 57/2010/Ministério da Saúde - ANVISA, RDC Nº 34/2014/Ministério da Saúde - ANVISA e RDC Nº 75/2016/Ministério da Saúde -ANVISA.

COMPOSIÇÃO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL - CT

O Comitê terá composição multiprofissional e multiprofissional.

a) Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços;

b) As indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

OBJETIVOS DO COMITÊ TRANSFUSIONAL - CT

Tem como objetivos principais: melhorar as práticas hemoterápicas da instituição; aumentar a segurança transfusional; otimizar o uso dos hemocomponentes; reduzir os erros transfusionais; estreitar a relação do serviço de Hemoterapia e os diversos serviços do hospital e criar um programa efetivo de revisão da utilização de hemocomponentes; promover educação e atualização continuadas em hemoterapia; atender às exigências legais.

Implantar, implementar e aprovar os protocolos de indicações do diversos hemocomponentes elaborados pelo Serviço de Transfusão. Documentar, avaliar e solucionar os casos de prescrição inadequada de produtos hemoterápicos; Analisar a estatística elaborada pelo Serviço de Transfusão sobre a utilização de hemocomponentes pelas diversas especialidades do hospital; Criar e monitorar indicadores para avaliar a utilização dos hemocomponentes; Analisar o relatório mensal das reações transfusionais reportadas ao Serviço de Transfusão, propondo

medidas cabíveis para diminuir o índice em casos de reações evitáveis; Sugerir e participar de programas de educação continuada em Medicina Transfusional; aos médicos residentes e acadêmicos.

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL – CT

CAPÍTULO I - CATEGORIA E FINALIDADES:

ARTIGO 1º - O Comitê Transfusional do Hospital Universitário é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidadeo desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas no **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 2º – Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014;

CAPÍTULO II – COMPOSIÇÃO

SEÇÃO I: COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO:

ARTIGO 3º - O Comitê terá composição multiprofissional e multiprofissional.

a) Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos eserviços;

b) As indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

ARTIGO 4º - O Diretor Clínico escolherá os membros do Comitê Transfusional epromoverá as designações do Presidente e Vice-Presidente.

ARTIGO 5º – O Diretor Clínico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

ARTIGO 6º – As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas.

ARTIGO 7º – O Comitê poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.

ARTIGO 8º – Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

ARTIGO 9º – A fim de assegurar o suporte técnico e operacional indispensável àeficiência do Comitê, a Diretoria Técnica, por meio do serviço de apoioadministrativo, proporcionará a infra-estrutura necessária.

SEÇÃO II - FUNCIONAMENTO:

ARTIGO 10º – O Comitê reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez por mês e extraordinariamente quando convocado pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

a) O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simplesdos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão;

b) O Presidente terá voto de qualidade;

c) As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão seguinte; e

d) As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartasendereçadas à Diretoria Clínica.

ARTIGO 11º – É facultativo ao Presidente o aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão deliberada na reunião anterior, justificandopossível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

ARTIGO 12º – A votação será nominal.

ARTIGO 13º – O Comitê, observada a legislação vigente ,estabelecerá normas complementares relativa ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

ARTIGO 14º – 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.

ARTIGO 15º – 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 quorum;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; e

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 prestaresclarecimentos.

ARTIGO 16º – Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo adiscussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

a) O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligênciasou adiamento da discussão da votação;

b) O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária; e

c) Após adentrada na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até 02 (duas) reuniões.

ARTIGO 17º – Após o encerramento das discussões, o assunto será aberto a discussões.

ARTIGO 18º – 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.

ARTIGO 19º – 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

CAPITULO III - COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES:

SEÇÃO I - COMPETÊNCIA DO COMITÊ TRANSFUSIONAL:

ARTIGO 20º – Compete ao Comitê:

a) Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações eauditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;

b) 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;

c) Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais einternacionais relativas aos assuntos de sua competência;

d) Monitorar as reações transfusionais;

e) Promover educação continuada na área transfusional paraprofissionais de saúde

integrantes da equipe assistencial;

f) Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;

g) Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científicoadequado ao atendimento dos pacientes na instituição; e

h) Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

SEÇÃO II - ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 21º – Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

a) Representar o Comitê em suas relações internas e externas;

b) Instalar o Comitê e presidir as reuniões;

c) Promover a convocação das reuniões;

d) Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercero direito do voto de desempate;

e) Indicar entre os membros do Comitê os relatores dos expedientes;

f) Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê; e

g) Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seusimpedimentos.

ARTIGO 22º – Aos membros do Comitê, caberá:

a) Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

b) Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;

c) Requerer votação de matéria em regime de urgência; e

d) Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

ARTIGO 23º – Ao Secretário do Comitê caberá:

a) Assistir as reuniões;

b) Encaminhar e preparar o expediente do Comitê;

c) Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aoprocessos que devam ser

examinados nas reuniões do Comitê;

d) Providenciar por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;

e) Distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões; e

f) Lavrar e assinar as Atas das reuniões do Comitê.

CAPITULO IV - DISPOSIÇÕES FINAIS:

ARTIGO 24º – O mandato dos membros do Comitê se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

ARTIGO 25º – O presente regimento interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos ao Diretor Clínico para aprovação.

ARTIGO 26º – O presente regimento interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Clínico, revogadas as disposições em contrário.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO COMITÊ TRANSFUIONAL – CT												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CT												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

4.1.15. NÚCLEO DE QUALIDADE E SGURANÇA DO PACIENTE – NQSP

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é um modelo de gestão da qualidade e segurança do paciente onde envolve todos os seus colaboradores. O ISAC irá implantar o Núcleo de Segurança do Paciente, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** unificando o Escritório da qualidade ao núcleo, nascendo assim o: Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente. O serviço vem atuando em conformidade com a legislação federal do Ministério da Saúde – Portaria 529/2013 e da Anvisa - RDC n° 36.

Realiza ações de prevenção, detecção e mitigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde para promoção de uma cultura de segurança, através da gestão de riscos e do trabalho contínuo com as Metas Internacionais para a Segurança do Paciente, bem como cumpre os requisitos de qualidade exigidos pelo manual das certificadoras para Acreditação Hospitalar.

COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE - NQSP

O NSP do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será constituída por uma equipe multiprofissional será composto por equipe multiprofissional, formada por ao menos um médico, um farmacêutico e um enfermeiro. Todos devem ser capacitados em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Também é importante que seus membros conheçam bem os processos de trabalho da instituição e tenham perfil de liderança.

OBJETIVOS DO NÚCLEO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE - NQSP

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) será instituído nos serviços de saúde com o objetivo de apoiar a direção na implementação e gestão de ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação são princípios e diretrizes do NSP.

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE - NQSP

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

SEÇÃO I - OBJETIVO

ARTIGO 1º Este Regimento tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

SEÇÃO II - ABRANGÊNCIA

ARTIGO 2º Este Regimento se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Parágrafo único. Excluem-se do escopo desta Regimento os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

SEÇÃO III - DEFINIÇÕES

ARTIGO 3º Para efeito deste Regimento são adotadas as seguintes definições:

I. - boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II. - cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

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

IV. - evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde;

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

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

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

VIII. - núcleo de segurança do paciente (**NQSP**): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX. - plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações

de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúdepara a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

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

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

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

CAPÍTULO II - DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

SEÇÃO I - DA CRIAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

ARTIGO 4º A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NQSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NQSP.

§ 2º No caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser constituído um NQSP para cada serviço de saúde ou um NQSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS.

ARTIGO 5º Para o funcionamento sistemático e contínuo do NQSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;

II - um profissional responsável pelo **NQSP** com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

ARTIGO 6º O NQSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

ARTIGO 7º Compete ao NQSP:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviçode saúde;

III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de nãoconformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança doPaciente em Serviços de Saúde;

V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente emServiços de Saúde;

VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramentodos seus indicadores;

VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurançado paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes daprestação do serviço de saúde;

X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

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.

Seção II - Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

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

I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de

saúde, de forma sistemática;

II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviçosde saúde;

III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;IV - identificação do paciente;

IV - higiene das mãos;

V - segurança cirúrgica;

VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes; IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;

X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando esteprocedimento for realizado;

XI - prevenção de quedas dos pacientes;XII - prevenção de úlceras por pressão;

XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo asinfecções relacionadas à assistência à saúde;

XIV- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços desaúde;

XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada. XVII - promoção do ambiente seguro

CAPÍTULO III - DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOSADVERSOS

ARTIGO 9º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NQSP.

ARTIGO 10º A notificação dos eventos adversos, para fins desta Regimento, deve ser realizada mensalmente pelo NQSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA.

Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

ARTIGO 11º Compete à ANVISA, em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

I - monitorar os dados sobre eventos adversos notificados pelos serviços de saúde;

II - divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde;

III - acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal as investigações sobre os eventos adversos que evoluíram para óbito.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

ARTIGO 12º Os serviços de saúde abrangidos por esta Regimento terão o prazo de 120 (cento e vinte) dias para a estruturação dos NQSP e elaboração do PSP e o prazo de 150 (cento e cinquenta) dias para iniciar a notificação mensal dos eventos adversos, contados a partir da data da publicação desta Regimento.

ARTIGO 13º O descumprimento das disposições contidas neste Regimento constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

ARTIGO 14º Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DO NÚCLEO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE - NQSP

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE - NQSP												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da NQSP												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

4.1.16. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR – NVEH

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Núcleo de Vigilância Epidemiologia Hospitalar (NVEH) é o setor responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória e outros fatos de interesse para a saúde pública, ou seja, é o serviço do hospital responsável pela vigilância permanente dos problemas de saúde que podem pôr em risco a saúde da população.

COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR – NVEH

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será composto pelos membros abaixo:

I. Coordenador (a) do Núcleo;

II. Enfermeiro (a);

III. Médico (a);

IV. Assistente administrativo.

OBJETIVOS DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR – NVEH

O Núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar NVEH tem como principal objetivo: Notificar e investigar doenças e agravos de interesse para a saúde pública;

Notificar em tempo oportuno os agravos de notificação imediata;

Identificar e investigar as suspeitas de ocorrência de surtos de DNC (Doenças de Notificação Compulsória);

Implementar medidas de controle para interrupção da transmissão de DNC(Doenças de Notificação Compulsória);

Acompanhar o perfil de morbidade da população atendida no hospital;

Realizar a análise de óbitos ocorridos na instituição, incluindo materno e infantil;

Acompanhar o correto preenchimento das DO (Declaração de Óbito) e DNV (Declaração de Nascidos Vivos) ;

Analisar os dados coletados rotineiramente e divulgar as informações;

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR – NVEH

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

ARTIGO 1º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Universitário Júlio Bandeira de Melo foi instituído pela Portaria-SEI nº 513, de 08 de outubro de 2020, publicada no Boletim de Serviço do HERSO nº 215, de 09 de outubro de 2020, responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC) ou outros agravos de interesse para a saúde pública.

ARTIGO 2º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas do HERSO -UFCG/ISAC e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: Diretriz ISAC sobre Vigilância Epidemiológica Hospitalar de 2017, Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e na Portaria Nº. 2.254, de 5 de agosto de 2010.

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS

ARTIGO 3º - Compete ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do HERSO:

I. Estudar e propor aos empregados 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 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 através da coleta de dados (agravos e doenças) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-atendimento, ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;

VI. Notificar e investigar as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);

VII. Analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;

VIII. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

ARTIGO 4º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital será composto pelos membros abaixo elencados:

V. Coordenador (a) do Núcleo;

VI. Enfermeiro (a);

VII. Médico (a);

VIII. Assistente administrativo.

§ 1º Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§ 2º A equipe deve ser multiprofissional , dimensionada e estruturada conforme as necessidades da instituição, sendo os técnicos com formação superior ou média, com conhecimento em vigilância epidemiológica.

§ 3º A equipe técnico-administrativa deve ser formalmente designada pela Superintendência do hospital, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 5º - Compete a todos os membros do Núcleo:

I. Elaborar e manter em operação um sistema de busca ativa para os pacientes internados e atendidos em pronto-socorro e ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças e agravos constantes nas Portarias nacionais, estaduais e municipais vigentes;

II. Elaborar e manter em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar;

III. Notificar ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica as doenças e agravos de notificação compulsória detectados no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);

IV. Realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes na Portaria

vigente, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS;

V. Elaborar e divulgar Informes/Notas Técnicas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e da ISAC/Sede;

VI. Participar da investigação dos óbitos infantis ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES, nos termos definidos na Portaria n° 72/GM/MS, de 2010;

VII. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anatomopatológicos, 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 para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;

IX. Validar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) cujo código da Classificação Internacional de Doenças (CID) indique tratar-se de internação por doença de notificação compulsória, nos termos definidos na Portaria Conjunta n° 20/SAS/SVS/MS, de 25 de maio 2005;

X. Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;

XI. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos;

XII. Monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade 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;

XIII. Realizar o monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos prioritários para o SNVS, de acordo com as prioridades definidas pela SVS/MS, com base na situação epidemiológica e na viabilidade operacional;

XIV. Apoiar ou desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos das DNC, em consonância com as prioridades definidas pelos gestores do SNVS;

XV. Alimentar periodicamente os sistemas oficiais de notificação, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);

XVI. Monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória encaminhados aos laboratórios do Hospital e conveniados e comunicar a equipe de saúde assistente do paciente e o resultado de exames, recomendando as medidas de precaução necessárias, conforme indicação.

ARTIGO 6º - Compete ao Coordenador do Núcleo:

I. Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

II. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;

III. Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos pelo Núcleo;

IV. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;

V. Definir processo de trabalho junto à sua equipe;

VI. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;

VII. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;

VIII. Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;

IX. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do Núcleo;

X. Representar o Núcleo junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;

XI. Delegar atribuições aos demais membros do Núcleo;

XII. Fazer cumprir este Regimento.

ARTIGO 7º - Compete ao (a) Enfermeiro (a) do Núcleo:

I. Realizar busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto- atendimento e ambulatório para a detecção de DNC;

II. Notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo SINAN;

III. Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e

investigação segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SMS;

IV. Supervisionar os dados das fichas de Investigação Epidemiológica, fichas de notificação manualmente e encaminhar para o SMS semanalmente;

V. 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;

VI. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar, elaborando relatórios com medidas aserem adotadas para sua contenção;

VII. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outroslaboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

VIII. Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e Isolamentos" em casos de notificação compulsória;

IX. Desenvolver ações integradas com a CCIH, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde (GAS), Gerência Administrativa (GA), Farmácia e Laboratório.

ARTIGO 8º - Compete ao (a) Médico (a) do Núcleo:

I. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;

II. 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;

III. Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e Isolamentos";

IV. Participar de reuniões com a alta gestão e corpo clínico do hospital;

V. Desenvolver ações integradas com a CCIH, Divisão de Enfermagem, DivisãoMédica, GAS, GA, Farmácia e Laboratório;

VI. Realizar a notificação imediata aos médicos assistenciais para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, e definir isolamento e profilaxia;

VII. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar;

VIII. 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;

IX. Promover a integração com SAME do hospital, para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;

X. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

ARTIGO 9º - Compete ao Assistente administrativo do Núcleo:

I. Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;

II. Digitar memorandos, ofícios e demais documentos;

III. Receber, encaminhar e arquivar processos, bem como, todas as atualizações pertinentes ao Núcleo;

IV. Executar os serviços de digitação do Núcleo;

V. Participar da organização de eventos;

VI. Digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;

VII. Participar de reuniões e elaborar as atas do Núcleo;

VIII. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;

IX. Conferir os e-mails da caixa de entrada do Núcleo;

X. Alimentar diariamente o sistema para notificações de DNC (planilha Excel), o Sinan e gerar a estatística.

XI.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

ARTIGO 10º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 17h e nos finais de semana e feriados por plantão à distância.

ARTIGO 11º - As reuniões do Núcleo serão realizadas com os membros nomeados, 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.

Parágrafo único. Em caso de impossibilidade de participação da reunião agendada, o membro deverá justificar no mesmo processo da convocação até o início da reunião.

ARTIGO 12º - As reuniões poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo.

ARTIGO 13º - De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

ARTIGO 14º - As deliberações do Núcleo serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

ARTIGO 15º - O funcionamento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regimento, deve observar a legislação brasileira pertinente, o Estatuto e o Regimento Geral do ISAC, e as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

Parágrafo único. Assuntos referentes a normas e rotinas do Núcleo devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

ARTIGO 16º - Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

ARTIGO 17º - O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR – NVEH

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR – NVEH												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da NVEH												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

4.1.17. COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A Comissão Interna da Qualidade é responsável por disseminar as orientações, normas e diretrizes que devem ser seguidas pelos médicos e demais profissionais no exercício

da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem. Atribuições: Estabelecer diretrizes de trabalho a fim de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente; Reforçar a cultura de segurança, visando a qualidade dos processos, por meio do suporte para o planejamento, desenvolvimento, controle e reavaliação dos processos que envolvem eventos adversos graves e sentinelas; Promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias envolvendo as áreas de maior risco; Fazer cumprir a resolução da ANVISA – RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que estabeleceu a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente. Nas reuniões mensais são apresentados os resultados das auditorias internas e externas realizadas, comunicados referentes à melhoria de processos e a apresentação dos eventos adversos ocorridos no mês. Os eventos adversos considerados como graves e sentinelas são analisados pelo gerenciamento de risco em conjunto com as áreas envolvidas e discutidos na Comissão Interna da Qualidade. Esta discussão conta com a participação de convidados como equipe assistencial, gestores das áreas, equipes médicas e demais envolvidos. As análises têm caráter educativo, afastando a ideia de punição, mantendo o foco nos processos e não em pessoas.

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DA QUALIDADE – CIQ

A Comissão Interna da Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por no mínimo dois colaboradores, capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional. Minimamente um dos colaboradores deverá se dedicar exclusivamente às atividades de Avaliação Interna da Qualidade

OBJETIVODA COMISSÃO INTERNA DA QUALIDADE – CIQ

Implantar um modelo de gestão que evidencie a qualidade hospitalar baseado nos requisitos de acreditação hospitalar internacionais e nos mais modernos e efetivos modelos de gestão hospitalar, oferecendo o melhor cuidado em saúde aos pacientes.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DA QUALIDADE - CIQ

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

ARTIGO 1º O Regimento Interno da Comissão de Interna da Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento do mesmo e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação da qualidade na instituição.

ARTIGO 2º As Comissões de Interna da Qualidade do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será regido por este Regimento Interno, tem natureza técnico-científica permanente e instituída para coordenar a avaliação

interna da qualidade. A avaliação interna, também designada de autoavaliação, consiste na avaliação do hospital realizada por uma comissão formada por colaboradores da própria instituição.

ARTIGO 3º A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade é um órgão de assessoria direta do ISAC, formado por profissionais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** qualificados para o planejamento e execução da avaliação interna de qualidade.

ARTIGO 4º A autoavaliação será realizada para verificar a conformidade das práticas da unidade hospitalar aos requisitos descritos no projeto de gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 5º O objetivo da avaliação interna da qualidade é estimular a unidade hospitalar a investirem 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 dos hospitais eoportunidades de melhorias. Não possuindo finalidade de concessão do Selo.

CAPÍTULO II DAS DEFINIÇÕES

ARTIGO 6º Para este Regimento, considera-se:

I - Avaliador interno da qualidade: profissional do hospital, qualificado para realizar a avaliação interna de qualidade, designado como membro da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade por portaria institucional. Deverão ser selecionados e capacitados pelo Coordenador da Comissão de Avaliadores Internos da Qualidade.

II - Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade: profissional integrante da Comissão de

III - Avaliação Interna da Qualidade, que assume a responsabiliade pela condução das atividades deavaliação interna da qualidade da equipe. Deverá ser designado como Coordenador da Comissão deAvaliação Interna da Qualidade por portaria institucional.

IV - Avaliação Interna da Qualidade (autoavaliação): atividade sistemática, independente e documentada, realizada por uma equipe do hospital, para examinar os processos organizacionais coma finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade, visando a melhoria contínua do desempenho.

V - Avaliação interna geral: avaliação interna da qualidade de todos os requisitos do manual da qualidade, ou seja, uma visão geral de todo o hospital, realizada em um período determinado, minimamente uma vez ao ano.

VI - Avaliação interna parcial: avaliação interna da qualidade quanto à adequação das unidades do hospital individualmente, com periodicidade definida pela Comissão de Avaliadores Internos 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

ARTIGO 7º A Comissão Interna da Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por no mínimo dois colaboradores, capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional. Minimamente um dos colaboradores deverá se dedicar exclusivamente às atividades de Avaliação Interna da Qualidade.

ARTIGO 8º A escolha dos membros da comissão de Avaliação Interna da Qualidade deverá considerar as diferentes áreas do hospital abordadas, visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição. Deverão ser escolhidos colaboradores das três gerencias do hospital (Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa, Gerência Administrativa).

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.

ARTIGO 9º A Comissão contará obrigatoriamente com apenas um Coordenador, selecionado pela Superintendência, responsável pela condução dos trabalhos da Comissão Interna da Qualidade na instituição.

Parágrafo único. O Coordenador deve ser vinculado ao Serviço de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS). Caso não seja integrante do SGQVS, na indicação da Superintendência deverá ser respeitada a preferência do Chefe do SGQVS.

CAPÍTULO IV - DA INSTITUIÇÃO

ARTIGO 10º A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade deverá ser instituída formalmente por publicação de Portaria institucional, assinada pelo Diretor Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 11º A Portaria deverá relacionar o nome completo e SIAPE dos membros da Comissão e a identificação do Coordenador designado pela Superintendência.

ARTIGO 12º A Portaria terá validade de 1 ano, a contar da publicação e deverá ser republicada anualmente para atualização da relação de seus integrantes.

CAPÍTULO V - DAS ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 13º 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 aosgestores.

ARTIGO 14º Compete aos avaliadores internos, integrantes desta Comissão:

I - cumprir este Regimento e os demais regimentos de seu hospital;

II - participar das reuniões da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade; III - realizar a avaliação interna no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

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 comissão;

VI - elaborar e emitir relatórios de auditorias;

VII - apresentar o relatório e elaborar, juntamente com o setor/serviço, o plano de ação dos itensnão cumpridos;

VIII - informar programação das atividades, mensalmente, para o coordenador da comissão;
IX -encaminhar atas de todas as atividades realizadas;

X - contribuir, caso seja solicitado pelo SGQVS, para realização dos ciclos de melhoria.

ARTIGO 15º 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 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 Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA.** e ao SGQ-Sede, 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 Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA - CAIO LOUZADA.**

CAPÍTULO VI - DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

ARTIGO 16º A atuação dos avaliadores se restringe ao âmbito interno de sua instituição hospitalar, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** à missão, visão e valore da instituição.

ARTIGO 17º Baseados nos requisitos verificados como não conformes, durante a autoavaliação, cada área do hospital deverá planejar, executar e monitorar ações que visem à adequação das não conformidades apresentadas.

Parágrafo único. O não cumprimento dos requisitos durante a autoavaliação deverá deflagrar ciclos de melhoria da qualidade. Cada setor será responsável pela condução de seu ciclo de melhoria, com o apoio do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde. A condução dos ciclos de melhoria não é responsabilidade da Comissão de Interna da Qualidade.

ARTIGO 18º A Comissão se reunirá ordinariamente mensalmente.

§. 1º Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo Coordenador da Comissão com antecedência mínima de sete dias, sendo obrigatória a presença de todos os membros do corpo de avaliadores internos.

§. 2º Toda reunião deverá acontecer com quórum mínimo de 50% mais um dos membros do grupo, verificado até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início. Na ausência de quóruma reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

§. 3º As reuniões deverão ser registradas em lista de presença e ata de reunião.

§. 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 Interna da Qualidade no ano subsequente.

ARTIGO 19º Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador.

ARTIGO 20º As deliberações deverão ser encaminhadas à Diretoria Geral, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

ARTIGO 21º A participação na Comissão 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 nosdias e horários programados para participação das atividades da Comissão. O Coordenador deverá encaminhar periodicamente para a Superintendência 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

ARTIGO 22º Os avaliadores deverão ser qualificados para realização da avaliação interna e, preferencialmente, possuir conhecimento técnico-científico dos processos de trabalho da área a seravaliada.

ARTIGO 23º Cabe ao Coordenador qualificar os integrantes da Comissão quanto à forma de atuaçãodos avaliadores durante o processo de avaliação interna.

Parágrafo único: Colaboradores da instituição que possuam formação e experiência nas áreas de auditoria e qualidade deverão ser considerados para compor a comissão..

ARTIGO 24º O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** 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 ao Diretor Geral, apresentando a devida justificativa.

CAPÍTULO VIII - DAS AVALIAÇÕES

ARTIGO 25º A definição do cronograma das avaliações será feita no âmbito da Comissão e deverá considerar a disponibilidade da equipe de avaliadores.

Parágrafo único. Deverão ser programadas avaliações internas gerais e parciais, as quais serão realizadas pela equipe da comissão.

ARTIGO 26º O chefe do setor a ser avaliado deverá ser notificado sobre a visita da Comissão com antecedência mínima de dois dias úteis.

ARTIGO 27º Nessa comunicação deverão ser informados a data da avaliação e o nome dos avaliadores. Parágrafo único. Os avaliadores deverão solicitar ao chefe do setor a indicação do representante do setor/serviço responsável pelo acaompanhamento da avaliação.

ARTIGO 28º 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.

ARTIGO 29º 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 apresentara metodologia de avaliação.

ARTIGO 30º Ao término da avaliação, os avaliadores deverão expor resumidamente suas conclusões sobre a adequação da unidade aos requisitos da qualidade e marcar reunião posterior para apresentar possíveis oportunidades de melhorias.

CAPÍTULO IX - DO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

ARTIGO 31º Os resultados, evidências, oportunidades de melhorias e conclusões das avaliações serão documentados pela equipe da comissão. A cada avaliação o coordenador da Comissão deverá designar um avaliador responsável pela elaboração e apresentação do relatório, sua exatidão e completude.

ARTIGO 32º 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.

ARTIGO 33º O avaliador responsável deverá encaminhar o relatório final de avaliação interna ao Coordenador da Comissão até cinco dias úteis após o encerramento da visita.

Parágrafo único. O envio do relatório de avaliação interna ao Coordenador deverá ser feito por meio eletrônico. As evidências deverão ser enviadas por email ou colocadas na pasta compartilhada.

ARTIGO 34º Os avaliadores devem apresentar o relatório e elaborar, juntamente com o setor/serviço, o plano de ação dos itens não cumpridos.

ARTIGO 35º O Chefe da Unidade poderá contestar o relatório, enviando contribuições baseadas em evidências documentadas para o Coordenador da comissão em até três dias úteis, após a apresentação do relatório.

ARTIGO 36º 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.

ARTIGO 37º O relatório do setor/serviço deverá ser assinado pelo coordenador, avaliadores que participaram da avaliação e chefe/responsável pela unidade avaliada.

ARTIGO 38º O Coordenador da Comissão enviará relatório das avaliações internas da qualidade ao Superintendente/Alta Governança a cada três meses, assinado pelo Coordenador da Comissão, Chefe do SGQVS e Superintendente.

ARTIGO 39º A avaliação interna parcial está concluída quando da apresentação do relatório final de avaliação aos chefes das unidades.

ARTIGO 40º A avaliação interna geral deverá ser realizada, no mínimo, anualmente e será concluída quando do envio do relatório de avaliação de todos os setores do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

Parágrafo único. O relatório de avaliação interna geral deverá atender a prazo e modelo previamente definido/orientações específicas para a Diretoria Geral, publicado em documento específico.

CAPÍTULO X - DOS PLANOS DE AÇÃO

ARTIGO 41º 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.

ARTIGO 42º A elaboração do plano será realizada por cada unidade e contará com o apoio dos Setores de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde e dos respectivos avaliadores.

ARTIGO 43º A resolução das não conformidades será monitorada pela Comissão de Avaliadores Internos da Qualidade nas avaliações parciais e na avaliação geral, e pelo SGQVS.

ARTIGO 44º Cada Setor/Serviço terá trinta dias, a contar da data da avaliação interna, para apresentar plano de ação elaborado ao SGQVS.

CAPÍTULO XI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 45º Ao final da avaliação interna geral o Coordenador da Comissão redigirá relatório, e deverá ser encaminhado pelo mesmo ou Superintendente ao Serviço de Gestão da Qualidade da Sede, apresentando a situação do hospital frente aos requisitos constantes no **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

§. 1º O relatório deve ser encaminhado anualmente ao SGQ, sendo o primeiro envio realizado logo após a primeira avaliação interna no hospital.

§. 2º O relatório de avaliação interna deverá ser elaborado pela Comissão de Avaliadores Internos da Qualidade e aprovado e assinado pelo Coordenador da Comissão, Chefe do SGQVS e pelo Superintendente 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.

ARTIGO 46º Para orientações e estratégias específicas de adequação a cada requisito, o hospital poderá buscar apoio junto aos respectivos serviços responsáveis, das diferentes Diretorias da Sede do ISAC.

ARTIGO 47º . A Comissão de Avaliadores Internos da Qualidade estabelecerá o cronograma de avaliação interna, observando o prazo para entrega do relatório apresentados em portarias do ISAC.

ARTIGO 48º A Comissão de Avaliadores Internos da Qualidade está ligada, na sede da ISAC, ao

Serviço de Gestão da Qualidade da Coordenadoria de Gestão da Clínica da Diretoria de Atenção à Saúde.

ARTIGO 49º Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da Comissão Interna da Qualidade e submetidos à apreciação final da Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 50º - O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO INTERNA DA QUALIDADE – CIQ

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO INTERNA DA QUALIDADE – CIQ												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CIQ	■											
Revisão do Regimento Interno		■										
Reuniões Ordinárias		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atas das Reuniões		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Resultados Positivos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

4.1.18. COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

Esta Comissão é composta por uma equipe multiprofissional (fisioterapeuta, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que atua realizando busca ativa diária de pacientes com risco de desenvolver lesões na pele e portadores de lesões, qualquer que seja a etiologia. Além dessa busca ativa, o enfermeiro da CPCIP acompanha as lesões mais complexas executando o curativo diariamente, de modo a dar suporte às equipes assistenciais nesse tipo de cuidado. O enfermeiro é o responsável pela avaliação diária e sugestão da melhor cobertura para cada tipo de ferida e prescrição dos cuidados de enfermagem para com a pele.

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE – CPCIP

A CPCIP terá a seguinte estrutura e composição:

a. Enfermeiro coordenador;

b. Enfermeiro suplente do coordenador;

c. Enfermeiro de rotina;

d. Auxiliar de enfermagem ou Técnico de Enfermagem.

OBJETIVOS DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE – CPCIP

Os objetivos da CPCIP são de garantir conhecimentos básicos para a manutenção da integridade da pele e suas funções; Identificar precocemente as alterações da integridade da pele e fornecer diretriz para o cuidado das lesões; Prevenir o desenvolvimento de úlcera por pressão (UP) e outras alterações da pele; Direcionar a escolha das medidas preventivas de forma individualizada; Diminuir a morbidade e mortalidade; Garantir melhoria contínua da qualidade dos cuidados fornecidos ao paciente; Reduzir custos hospitalares; Diminuir tempo de internação; Evitar infecções e complicações secundárias as alterações da pele; Auxiliar o profissional de saúde na tomada de decisão para a escolha dos cuidados adequados para a prevenção e tratamento de lesões de pele; Divulgar recomendações internacionais sobre prevenção e tratamento das úlceras por pressão, baseadas em evidências científicas.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE - CPCIP

CAPÍTULO I - DA MISSÃO, VISÃO E VALORES

ARTIGO 1º - Missão: Prestar assistência de enfermagem especializada (baseada na Sistematização da Assistência de Enfermagem - Resolução nº 358/2009) em integridade da pele e estomaterapia aos clientes sob risco ou com lesões de pele/mucosa, além de estomias, manejo de tubos, drenos, fístulas e incontinências urinária, fecal e dupla, dos pacientes internados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e após a alta no ambulatório, em caráter de seguimento (*follow up*) ou de primeira vez dos pacientes encaminhados por parecer técnico ao ambulatório;

ARTIGO 2º - Visão: Ser reconhecida como coordenação técnica referência em gestão,

assistência, ensino, pesquisa e extensão, em cuidados com a integridade da pele e estomaterapia.

ARTIGO 3º - Valores: Prática profissional baseada em evidências científicas, com qualidade e segurança do paciente, norteadas pelos princípios bioéticos e preceitos do SUS (acessibilidade, equidade e integralidade).

CAPÍTULO II - DA CARTERIZAÇÃO FUNCIONAL

ARTIGO 4º - A CPCIP é o órgão responsável pela consultoria técnica em enfermagem em integridade da pele e estomaterapia do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** em relação aos cuidados de pacientes sob risco e ou com feridas, estomias, tubos, drenos, fístulas e incontinências tanto na internação quanto no ambulatório, de pacientes com prontuários ativos no HERSO, sendo essas atividades norteadas pelos princípios bioéticos e preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

ARTIGO 5º- A CPCIP realiza suas atividades de consultoria em todo o âmbito do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** mediante solicitação de parecer técnico pela equipe multiprofissional, todos os dias da semana, no período de 7:00h às 13:00h, exceto final de semana e feriado.

Estão determinadas as seguintes atividades pela comissão:

I. planejar, coordenar, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem desenvolvidafrente ao paciente sob risco de feridas e com feridas, estomias, drenos, tubos e incontinência;

II. elaborar e realizar capacitação da equipe multiprofissional de nível superior e médio da instituição;

III. organizar e elaborar normas, rotinas e protocolos operacionais padrão relacionados à especialidade;

IV. prever e prover recursos especializados (materiais de alta tecnologia) para gestão do cuidado de pacientes sob risco e com feridas, estomias, drenos, tubos e incontinência;

V. promover o desenvolvimento de competências, habilidades técnicas e relacionais, conforme cultura institucional de qualidade e segurança do paciente e família;

VI. atuar como líder na manutenção das relações profissionais com base na comunicação assertiva e princípios legais, estabelecendo relacionamento ético e equânime com a equipe;

VII. desenvolver e participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

VIII. realizar a emissão de solicitações de materiais (SM), acompanhar os processos de aquisição, realizar a emissão de solicitações de empenho, encaminhamento de notas de empenho para as

empresas, com cópia para almoxarifado, e realizar a conferência do material/equipamento por ocasião da entrega pela empresa, em parceria com a coordenação do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

Parágrafo único. Para consecução dos seus fins, a CPCIP obedecerá a uma filosofia de gestão informada por evidências científicas, em práticas assistenciais, gerenciais e educativas de excelência, em respeito às boas relações organizacionais. Além disso, suas ações estarão fundamentadas na lei do seu exercício profissional (Lei n° 7.498/86), no Decreto que regulamente a referida lei (Decreto n° 94.406/87), no código de ética dos profissionais de enfermagem (Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 564/17), da Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de enfermagem (Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/09), das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12) e nas resoluções que respaldam as atividades de especialidade do enfermeiro especialista em enfermagem dermatológica com base no Regulamento dos Consultórios de Enfermagem e Clínicas de Enfermagem (Resolução nº 568/18), da especialidade estomaterapia (Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 581/18), da segurança do paciente e qualidade na assistência prestada (Resolução do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária RDC nº 36/13) e demais disposições legais vigentes, bem como na preservação dos direitos humanos, nos valores éticos e na autonomia da profissão.

CAPÍTULO III - DA ELEIÇÃO PARA COORDENAÇÃO DA CPCIPP

ARTIGO 6°- A CPCIP deve ter como coordenador um enfermeiro eleito pela equipe da comissão para um mandato de 04 (quatro) anos.

I. o candidato deverá ser do quadro funcional efetivo do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** sob Regime Jurídico Único (RJU) estatutário após estágio probatório (3 anos);

II. o candidato deverá comprovar pós-graduação *lato senso* na área de enfermagem dermatológica ou estomaterapia;

III. o candidato deverá comprovar experiência em cargo de enfermeiro líder da CPCIP por no mínimo 04 (quatro) anos;

IV. o candidato deverá estar com inscrição e questões financeiras regularizadas junto ao Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN RJ), não ter sido condenado em processo administrativo no serviço de saúde e não ter sido condenado por infração ética e disciplinar transitada em julgada;

V. os participantes do processo eleitoral como eleitores serão todos os profissionais de nível

médio e superior da CPCIP. No caso de empate, o critério desempate deverá ser o voto do diretor de enfermagem do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ou de seu suplente direto.

Parágrafo único. Após processo eleitoral a comissão deverá informar a Diretoria Geral o candidato eleito para novo coordenador da CPCIP que deverá providenciar a responsabilidade técnica (RT) da especialidade junto ao COREN-GO.

CAPÍTULO IV - DAS FINALIDADES

ARTIGO 7º. A CPCIP tem por finalidade:

I. Assistência em saúde individualizada, integralizada, permitindo acessibilidade, referências e contra referências internas e externas, seguimento e reabilitação. Mantendo-se sempre norteada pelos princípios bioéticos e preceitos do Sistema Únicode Saúde (BRASIL, 1990);

II. Realizar periodicamente relatórios técnicos, administrativos, científicos e em educação continuada sobre o trabalho desenvolvido pela CPCIP;

III. Prestar contas à Diretoria Geral por meio de relatórios e Comunicação Interna (CI);

IV. Realizar taxas incidência e prevalência relacionadas ao perfil assistencial e estratégiaspara manejo dos principais indicadores de qualidade relacionados à integridade tissular;

V. Elaborar e promover atualizações e capacitações científicas especializadas da equipe de saúde do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e, se possível, da população externa por meio de (estágios optativos de residência multiprofissional, visitas técnicas, treinamento teórico-prático) com relação às práticas assistenciais, gerenciais e educativas desenvolvidas pela Comissão;

VI. Orientar, indicar e supervisionar as principais medidas de prevenção, tratamento e reabilitação do paciente sob risco e ou com feridas, estomias, tubos, drenos, fístulas e incontinências no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

VII. Orientar grupos de pesquisas científicas na área de especialidade da comissão;

VIII. Realizar e participar de eventos científicos representando a comissão dentro e fora do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** para divulgação científica;

IX. Participar e contribuir, por meio da especialidade, na formação de alunos de graduação e pós-graduação *lato* e *stricto senso*, além de cursos para treinamento em serviço nas instituições de ensino;

X. Realizar pareceres técnicos sobre materiais médico-hospitalares relacionados à especialidade em parceria com a Divisão de Enfermagem, serviço de licitação e compras e almoxarifado;

XI. Estabelecer parcerias internas (comissões e divisões) e externas (universidades, conselhos, associações e sociedades) para ampliar discussões e melhorias na esfera assistencial, administrativa e científica da CPCIP.

CAPÍTULO V - DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTOS

SEÇÃO I - DOS ÓRGÃOS

ARTIGO 8º - A CPCIP tem a seguinte estrutura e composição:

II. Equipe da CPCIP:

a. Enfermeiro coordenador;

b. Enfermeiro suplente do coordenador;

c. Enfermeiro de rotina;

d. Auxiliar de enfermagem ou Técnico de Enfermagem.

SEÇÃO II - DAS FUNÇÕES GERENCIAIS

Do Coordenador

ARTIGO 9º- Ao Coordenador da CPCIP compete:

I. exercer responsabilidade técnica frente a equipe da comissão com vistas ao exercício da Sistematização da Assistência de Enfermagem - especialidade enfermagem dermatológica/estomaterapia no âmbito do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** desde o planejamento, desenvolvimento, supervisão, avaliação e controle das atividades desenvolvidas pela comissão;

II. estabelecer diretrizes teóricas e práticas para formulação/reformulação da assistência especializada integral do paciente sob risco de ferida e com feridas, estomias, drenos, tubos, fístulas e incontinências, com base nos preceitos éticos e bioéticos, princípios científicos e disposições legais vigentes;

III. representar a CPCIP em reuniões e eventos realizados no âmbito do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e externamente, exercendo o poder de delegar, quando necessário;

IV. realizar sistemática de avaliação conforme rotina institucional do desempenho funcional dos

profissionais da equipe da comissão;

V. estabelecer estudos de dimensionamento e determinar as necessidades de pessoal necessárias à comissão, de forma a assegurar a continuidade da assistência;

VI. fixar diretrizes e exercer o controle de recursos humanos da comissão;

VII. desenvolver e efetuar condições necessárias para programas de treinamento em serviçoe educação permanente em parceria com a coordenação de educação permanente e divisão de enfermagem;

VIII. constituir comissões de caráter transitório/permanente, para atividades científicas;

IX. indicar participantes da equipe da CPCIP para cursos, estágios ou outras atividades/eventos científicos, extensivo a equipe de enfermagem do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

X. promover, integrar ou colaborar com a implementação de programas de pesquisa e extensão universitária;

XI. manter articulações com unidades de ensino, colaborar no planejamento e execução dos programas em cursos de graduação e pós-graduação nas modalidades compatíveis com a especialidade desenvolvida pela comissão;

XII. auxiliar e realizar previsão e provisão de recursos materiais, assim como os mecanismos para conservação e controle;

XIII. elaborar o Planejamento e Gerenciamento de Contratações e Estudo PreliminarTécnico para assegurar a solicitação de insumos;

XIV. realizar solicitação de material (SM) conforme rotina anual e em caráter emergencial, acompanhando processos de aquisição, com emissão de solicitações de empenho mediante ciência e anuência da Diretoria Geral;

XV. coordenar e acompanhar o processo de aquisição dos insumos materiais;

XVI. colaborar com emissão de parecer técnico relacionado aos insumos materiais;

XVII. colaborar no processo de notificação de desvio de qualidade e eventos adversos relacionados aos insumos à Gerência de Risco;

XVIII. coordenar as atividades de controle do consumo de material das áreas assistenciale administrativa da comissão;

XIX. promover reuniões periódicas internas (equipe da comissão) e externas (com diretores, coordenadores, chefias de serviço, chefias de setores e demais profissionais externos à comissão) estabelecendo diretrizes para sua realização;

XX. manter articulações e entendimentos com lideranças internas e externas do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

XXI. proporcionar os recursos e meios necessários à revisão e atualização dos instrumentos administrativos e técnico-científicos assistenciais;

XXII. elaborar escalas mensais para Divisão de Enfermagem;

XXIII. zelar pela observância do respeito profissional, comunicação assertiva e princípios éticose legais nas relações institucionais;

XXIV. praticar, no que couber, atos relacionados a transferência e outras medidas administrativas, afora as de caráter disciplinar, a servidores sob sua responsabilidade;

XXV. manter a Direção de Enfermagem informada das atividades da comissão;

XXVI. elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas pela comissão e encaminhar a Direção de Enfermagem com cópia para Coordenação de Educação Permanente de Enfermagem;

XXVII.formular critérios, instruções, normas e rotinas operacionais para execução dos cuidados especializados articulando ensino, pesquisa e extensão;

XXVIII. cumprir e fazer cumprir as normas e rotinas estabelecidas pela instituição;

XXIX. constituir em 04 (quatro) anos de mandato nova eleição interna conforme consta no **ARTIGO 6°**.

XXX. Solicitar à Direção Geral, em consonância com a Divisão de Enfermagem, imediatamente após a posse de um novo coordenador da CPCIP, sua nomeação em portaria do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** garantindo a finalização do processo em até três meses;

XXXI. convocar reunião na DEN para aprovar alterações neste Regimento Geral.

Do Coordenador Suplente

ARTIGO 10º- Ao Suplente do Coordenador da CPCIP compete:

I. realizar todas as atividades do ARTIGO 9º na ausência do coordenador ou conforme solicitação do mesmo.

Do Enfermeiro Líder

ARTIGO 11º- Ao Enfermeiro Líder da CPCIP compete:

I. colaborar no gerenciamento da SAE e a implementação do processo de enfermagem junto aos pares nos diferentes setores de internação/emergência e ambulatório;

II. coordenar e controlar as atividades assistenciais e educativas durante o processo laboral, podendo ser encarregado também de atividades administrativas se solicitado pela coordenação

da comissão;

III. tomar decisões operacionais e providenciar condições e meios em recursos humanos e materiais para manter a continuidade da assistência nos respectivos turnos de serviço;

IV. avaliar a assistência de enfermagem especializada prestada ao paciente, incluindo análise dos registros e planos de cuidados e propor a realização de ajustes necessários junto ao enfermeiro líder dos setores de internação e emergência;

V. colaborar na implementação de programas de ensino, pesquisa, treinamento em serviço e de educação permanente;

VI. participar de reuniões convocadas pela coordenação;

VII. elaborar relatório das atividades diárias desenvolvidas;

VIII. realizar a passagem de plantão na supervisão de enfermagem e suas chefias, prestando informações clínicas especializadas sobre os pacientes acompanhados mediante entrega de lista com a relação de pacientes acompanhados e sobre situações diversas e significativas ocorridas durante a rotina Do Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem

ARTIGO 12º- Ao Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem da CPCIP compete:

I. coordenar as atividades de secretaria da comissão, abrangendo os serviços e áreas de apoio;

II. receber e encaminhar documentos relativos ao expediente da Divisão;

III. organizar a agenda de reuniões e entrevistas de laboratórios/representantes de materiais médico-hospitalares conforme rotina da comissão;

IV. manter atualizados os arquivos de documentação e correspondência da comissão;

V. digitar e enviar sob supervisão da coordenação, escala mensal e de férias da equipe da comissão;

VI. requisitar material médico-hospitalar e de escritório semanalmente conformedeliberação da coordenação;

VII. realizar tarefas afins, quando indicado pela coordenação;

ARTIGO 13º Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da CPCIP e submetidos à apreciação final da Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 14º - O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE - CPCIP

ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CPCIP	■											
Revisão do Regimento Interno		■										
Reuniões Ordinárias		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atas das Reuniões		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Resultados Positivos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

4.1.19. COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O HERSO, implantará essa comissão para que possa oferecer aos pacientes com risco para longa permanência hospitalar, um grupo multiprofissional com a finalidade de gerenciar e auxiliar estes pacientes, suas famílias, a equipe médica titular no processo de desospitalização segura e com qualidade.

A COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA é uma unidade de transição, com uma proposta de atenção interdisciplinar composta por enfermeiros especializados, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionista e equipe fisiátrica que possibilita o monitoramento do paciente para garantir o fluxo adequado do processo de desospitalização, o HERSO terá uma unidade de pacientes internados que possam vir a ter riscos de instabilidade clínica, na qual o objetivo é de estabilizar e direcionar pacientes crônicos e/ou de longa permanência desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar.

COMPOSIÇÃO COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANCIA

Deverão ser membros do CGPRLP, no mínimo:

a) 1 (um) Enfermeiro Líder;

b) 1 (um) Médico;

c) 2 (dois) Assistentes Administrativos, um para apoio administrativo para as ofertas de

internação e urgência e emergência, outro para o apoio das ofertas ambulatoriais, bloco cirúrgico e apoio assistencial;

d) 5 (cinco) Auxiliares Administrativos/Cuidadores, que têm o papel de estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando o processo de desospitalização;

e) 1 (um) técnico interdisciplinar (Terapeuta Ocupacional/Fonoaudiólogo), para apoio local operacional da gestão da grade assistencial;

f) 1 (um) Psicólogo.

OBJETIVO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA

O objetivo é preparar o paciente, a família e os cuidadores para tarefas 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 ou transferência para a estrutura que melhor determinar seu acolhimento e possam atender a pacientes crônicos de baixa e média complexidades, que tenham indicação de reabilitação.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADES

ARTIGO 1º – A Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência é de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multissetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entreas Unidades de Saúde, as Centrais de Regulação e a Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar e a desospitalização.

ARTIGO 2º – A Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e pelas bases legais que lhe forem determinadas pela Comissão.

CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS

ARTIGO 3º – Compete a Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência:

I. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação de Leitos da **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência;

II. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos pacientes sob regulação para a Central de Regulação de Leitos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;

III. Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins de internação de Longa Permanência;

IV. Atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

V. As solicitações de homecare emitidas pelos médicos titulares são encaminhadas Direção Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** pelo do Grupo de Gerenciamento de Pacientes com Risco de Alta Permanência Hospitalar para ulterior análise. Este processo visa assegurar a avaliação do paciente internado no HERSO e maior controle Dos pedidos de transferências que possam ser solicitados para realização de avaliação técnica.

VI. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de internações e transferências, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;

VII. Divulgar as deliberações à Comunidade Hospitalar por meio de boletins eletrônicos ou impressos.

VIII. A Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência fará a avaliação do paciente ainda no período de internação para identificar todas as particularidades e as necessidades do atendimento. A equipe assistencial de desospitalização realiza um plano de atenção e pactua as metas assistenciais domiciliares com a equipe médica titular, pacientes e familiares, a fim de traçar objetivos e metas atingíveis para que ocorra a transição desta modalidade de forma segura;

IX. Enviar os pedidos de home-care/desospitalização para Direção Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** contendo as seguintes informações:

- Diagnóstico de internação;
- Etiqueta de identificação do paciente;
- Antecedentes pessoais;
- Indicação do tempo previsto que o paciente necessitará de assistência domiciliar;
- Data, carimbo e assinatura do médico (com nome legível e o número do CRM).

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

ARTIGO 4º – A Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência terá composição multiprofissional emultissetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

I. Coordenador Médico;
II. Médico Regulador;
III. Enfermeiro;
IV. Farmacêutico;
V. Técnico de Enfermagem;
VI. Auxiliar Administrativo
VII. Terapeuta Ocupacional;
VIII. Psicólogo;
IX. Fonoaudiólogo;
X. Fisioterapeuta.

Parágrafo único – A Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência poderá contar com consultores "adhoc", pessoas pertencentes à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

ARTIGO 5º – As indicações para integrar a Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência serão submetidas à aprovação da Diretoria Geral.

CAPÍTULO IV - ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 6º – Ao coordenador médico incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência e, especificamente:

I. Seguir as atribuições dos responsáveis

II. Seguir as atribuições dos responsáveis pelos postos de trabalho definidas no ARTIGO 4º, das diretrizes para a gestão organizacional.

III. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação à desospitalização;

IV. Fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares;

V. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência;

VI. Promover a articulação da instituição com os serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;

VII. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;

VIII. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;

IX. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Humanização 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 a Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência em suas relações internas e externas.

Parágrafo único – Na ausência ou impedimento temporário do coordenador médico da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência, 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.

ARTIGO 7º – 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. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

III. Monitorar as respostas de solicitação de home-care, com a finalidade de agilizar o fluxo de

transferência de pacientes;

IV. Acompanhar a admissão dos pacientes com vaga de home-care via Central de Regulação de Leitos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** a fim de verificara compatibilidade do quadro clínico descrito com o real;

V. Acompanhar a desospitalização, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes para que permite o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar e o retira do ambiente de riscos que um hospital de alta complexidade pode oferecer;

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;

IX. 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 médico assistente técnico do Pronto Atendimento Clínico – PAC ficará responsável pela avaliação técnica da solicitação e liberação de vagas em conjunto com enfermeiro ou técnico de enfermagemda Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência.

ARTIGO 8º – Aos enfermeiros da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência 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 docenso 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 do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

V. Na ausência do médico regulador o enfermeiro ficará responsável pela gestão de leitos, sendo que contará com suporte do médico assistente técnico das unidades de internação e pronto atendimentos, sendo elas: Unidades de Terapia Intensiva - UTIs, clínicas médica, geriátrica, cirúrgica, Pronto Atendimento Clínico – PAC, para a avaliação da solicitação e liberação de vagas;

VI. Acompanhar o cumprimento do fluxo de pacientes nas diversas portas de entrada da

instituição (Pronto Atendimento Clínico - PAC);

VII. Monitorar a desospitalização, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes para que permite o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar e o retira do ambiente de riscos que um hospital de alta complexidade pode oferecer;

VIII. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

IX. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido pela equipe;

X. 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 noscasos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;

XIV. Redistribuir os leitos institucionais no caso de mutirões, campanhas, superlotação e calamidade pública de acordo com orientações superiores devidamente documentadas;

XV. Comunicar ao chefe de Unidade de Regulação Assistencial problemas que venham a dificultar o processo de internação, transferência e alta;

XVI. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliaradministrativo e técnico de enfermagem.

ARTIGO 9º – Aos farmacêuticos da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência incumbe:

I. Acessar os medicamentos fornecidos pelo HERSO, em que os pacientes dos ILPIs devem estar cadastrados nos Serviços da Secretaria de Saúde;

II. A quantidade de receitas atendidas, semanalmente, deverá ser pactuada com a ILPI conforme a capacidade instalada da farmácia, sendo que, após o recebimento das receitas, a farmácia terá no mínimo 48 horas para separar e entregar os medicamentos ao responsável indicado pelo ILPI;

III. As receitas provenientes dos ILPIs devem conter o número do IDM do paciente e serem cadastradas no prontuário do paciente;

IV. No ato da entrega dos medicamentos ao responsável indicado pelo ILPI, estes devem ser conferidos;

V. Verificar e acompanhar o atendimento de prescrições de ILPIs para que siga o mesmo fluxo, adotando como referência as farmácias dos Serviços de Saúde da SES/GO.

ARTIGO 10º – Aos técnicos de enfermagem da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência 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 do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

IV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizaro fluxo de transferência de pacientes;

V. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido;

VI. Conferir documentação de solicitação de internação;

VII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

VIII. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas em conjuntocom a equipe assistencial na ausência do médico regulador ou enfermeiro da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência;

IX. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo.

ARTIGO 10º – Ao auxiliar administrativo da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência 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 desospitalização do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

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 da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência, até 2 diasúteis após sua realização;

XI. Convocar os membros para as reuniões ordinárias e extraordinárias, já com o envio da pauta pré-determinada pelo Coordenador Médico da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência;

XII. Solicitar materiais de consumo;

XIII. Manter a organização do serviço;

XIV. Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador Médico da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência, 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.

ARTIGO 11º – Ao Terapeuta Ocupacional da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência incumbe:

I. Criar, estimular e desenvolver condições que favoreçam o desencadeamento do um processo terapêutico enquanto o paciente estiver em internação de Longa Permanência, este processo dá-se, essencialmente, pela inter-relação do paciente com o terapeuta, a atividade e grupo, onde o terapeuta assume papel como um dos elementos facilitadores e integradores do processo de internação;

II. Utilizar de atividades como elemento centralizador e orientador na construção do processo terapêutico do paciente, avaliando no contexto de cada caso, com o intuito de promovendo o recuperação saudável do paciente que necessitem de cuidados físicos, sensoriais, psicológicos e sociais;

III. Agir como um facilitador capacitando o paciente a fazer o melhor uso possível das capacidades remanescentes, a tomar suas próprias decisões e lhe assegurar uma conscientização de alternativas realísticas;

IV. Utilizar de instrumentos de avaliação funcional, de estruturas mentais, emocionais e sociais, principalmente o desempenho das Atividades da Vida Diária, pois são os principais indicadores da autonomia do ser humano;

V. Integrar e socializar o paciente dentro da ILPI, tornando-o mais independente possível;

VI. Incentivar, encorajar e estimular o paciente a continuar fazendo planos, ter ambições e aspirações;

VII. Realizar a estimulação cognitiva, física e/ou mental.

ARTIGO 12º – Ao Psicólogo da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência incumbe:

I. Abordar de forma social e humana o paciente e a família deste visando assegurar o processo de desospitalização segura, planejada, sistematizada e com minimização da interferência da doença na vida pessoal, familiar e social do paciente.

II. Intermediar a internação tanto para o paciente quanto para a família na incorporação do paciente ao escopo de gestão do Grupo de Gerenciamento de Pacientes com Risco de Alta Permanência a partir do 15º dia de internação,

III. Efetuar levantamento de dados de rede familiar e de suporte social, quando são feitos registros de informações relevantes para o acompanhamento do serviço social.

IV. Avaliar o contexto do caso de cada paciente com internação de risco de alta permanência e definir os encaminhamentos pertinentes, iniciando o processo de intervenção, com ações de avaliação e abordagem social detalhada e efetiva junto aos familiares, aos responsáveis, à equipe técnica assistencial.

V. De acordo com a evolução deste processo, as ações são compartilhadas no comitê para discussão e outros encaminhamentos; sempre com foco na manutenção do fluxo de desospitalização segura.

VI. Assegurar o bom andamento da internação visando a manutenção do vínculo familiar e da coparticipação no processo de tratamento, mantendo ou reinserindo este membro (paciente) em seu núcleo familiar.

ARTIGO 13º – Ao Fonoaudiólogo da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência incumbe:

I. Evitar ou minimizar possíveis sequelas que a doença base possa causar na comunicação, além de diminuir o tempo de permanência da pessoa idosa no hospital para o seu retorno à sociedade com as habilidades comunicacionais mais adequadas possíveis;

II. Criação de um calendário para trabalhar a memória, visto que alguns pacientes apresentavam desorientação temporal; jogos de memória abrangendo categorias semânticas variadas facilitando acesso ao léxico gramatical e favorecendo atos informativo e formativo do paciente, além da elaboração de figuras com categorias semânticas diversas como animais e frutas; músicas para trabalhar com a memória de evocação de eventos importantes de suas vidas reconectando-se com o mundo.

ARTIGO 14º – Ao Fisioterapeuta da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para

Longa Permanência incumbe:

I. Promover a sociabilização, o resgate da auto-estima, reativação da memória;

II. Desenvolver atividades que melhorem sua mobilidade, coordenação e equilíbrio;

III. Desenvolver atividades que evitem a incidência de complicações motoras, respiratórias, hemodinâmicas, cardíacas e neurológicas principalmente inerentes a imobilidade durante períodos prolongados de internação;

IV. Preparar a avaliação fisioterapêutica completa e, a partir da avaliação, efetivar o diagnóstico fisioterapêutico traçando os objetivos e as condutas de acordo com cada caso.

V. Planejar sessões de fisioterapia para os pacientes de Longa Permanência de acordo com a necessidade de cada indivíduo;

VI. Estimular o autocuidado e a orientação espaço-temporal;

CAPÍTULO V - FUNCIONAMENTO

ARTIGO 15º As ações da Comissão deverão ser comunicadas aos diversos profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes.

ARTIGO 16º A Comissão deve ser organizada e operacionalizada de maneira que assegure a objetividade e credibilidade nas suas recomendações.

ARTIGO 17º – 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 unidadesassistenciais;

IV. Censo das unidades de internação elaborados pelos enfermeiros assistenciais;

V. Censo hospitalar;

VI. Controle de solicitações recebidas;

VII. Mapa de leitos;

VIII. Indicadores Hospitalares;

ARTIGO 16º – A rotina das reuniões da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência será a seguinte:

I. As reuniões da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência

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 da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência, 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 será conduzida pelo Coordenador Médico da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência;

V. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência. A inclusão de itens na pauta deve ser realizada com no máximo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;

VI. A comissão em suas reuniões ordinárias ou extraordinárias, poderá solicitar a convocaçãode outros representantes de diversas áreas do Hospital com objetivo de discutir casos pontuais;

VII. A convocação para reunião da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência será feita pelo Auxiliar Administrativo, com anuência do Coordenador Médico, 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 da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência, ficando as resoluções na dependência da presença deste número de membros;

IX. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas elista de presença;

X. Os membros da comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão notificados e constará registro em seu assentamento funcional. Parágrafo único – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 17º – A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à

eficiência das atividades da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência, a equipe de governança do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA – HERSO** proporcionará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.

ARTIGO 18º – A Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

ARTIGO 19º – No caso da saída de qualquer membro da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência deverá haver indicação de novo membro pela equipe da comissão que deverá encaminhar paraa Diretoria Geral para aceite e posteriormente ao Núcleo de Comissões Hospitalares do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** para publicação.

ARTIGO 20º – 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 ouinstituições públicas ou privadas para solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

ARTIGO 21º – Os casos omissos referentes à matéria do da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 22º – Este regimento entrará em vigor após publicação no Boletim de Serviço do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA – HERSO.**

ARTIGO 23º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da Comissão de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência e submetidos à apreciação final da Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 24º - O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

4.1.20. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma unidade técnico-administrativa que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar.

- **COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)**

Deverão ser membros do NIR, no mínimo:

g) 1 (um) Enfermeiro Líder;

h) 1 (um) Médico;

i) 2 (dois) Assistentes Administrativos (AGPP), um para apoio administrativo para as ofertas de internação e urgência e emergência, outro para o apoio das ofertas ambulatoriais e do bloco cirúrgico;

j) 5 (cinco) Auxiliares Administrativos (AGPP), para cobertura 24 horas do componente de urgência e emergência;

k) 1 (um) Assistente Administrativo para apoio localoperacional da gestão da grade cirúrgica e OPME;

l) 1 (um) Assistente Social.

➢ OBJETIVO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

O objetivo principal do NIR 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. O **NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO** também auxilia na busca por vagas de internação em outras instituições nos casos de transferência e no apoio diagnóstico e terapêutico (consultas e exames) para os pacientes em outras unidades de saúde. Além de regular fluxos internos, portanto, o NIR estabelece uma rede integrada que favorece o bom funcionamento do sistema e o melhor atendimento ao internado.

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADE

ARTIGO 1º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR é de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multissetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entreas Unidades de Saúde, as Centrais de Regulação e a Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

ARTIGO 2º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis:

PORTARIA MS Nº 312 de 02 de maio de 2002; PORTARIA MS Nº 529, de 1º de abril de2013;

PORTARIA MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008; PORTARIA MS Nº 2048, de 5 denovembro 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 COMPETÊNCIAS

ARTIGO 3º – Compete ao Núcleo Interno de Regulação - NIR:

X. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de

Regulação de Leitos da **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e Núcleo Interno de Regulação - NIR;

XI. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação de Leitos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** contribuindo para a redução do tempo de espera paraa internação;

XII. Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;

XIII. Atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

XIV. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;

XV. Divulgar as deliberações à Comunidade Hospitalar por meio de boletins eletrônicos ou impressos.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

ARTIGO 4º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá composição multiprofissional e multissetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

XI. Coordenador Médico;

XII. Médico Regulador;

XIII. Enfermeiro;

XIV. Técnico de Enfermagem;

XV. Médicos Assistentes Técnicos;

XVI. Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;

XVII. Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;

XVIII. Auxiliar administrativo.

Parágrafo único – O Núcleo Interno de Regulação - NIR poderá contar com consultores "adhoc", pessoas pertencentes à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

ARTIGO 5º – As indicações para integrar o Núcleo Interno de Regulação - NIR serão submetidas à aprovação da Diretoria Geral.

CAPÍTULO IV - ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 6º – Ao coordenador médico incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR e, especificamente:

I. Seguir as atribuições dos responsáveis

II. Seguir as atribuições dos responsáveis pelos postos de trabalho definidas no item VII das diretrizes para a gestão organizacional das divisões da Gerência de Atenção à Saúde,

III. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação à regulação médica assistencial;

IV. Fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares;

V. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

VI. Promover a articulação da instituição com os serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;

VII. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;

VIII. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;

IX. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

X. 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;

XI. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos no hospital;

XII. 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.

ARTIGO 7º – Ao médico regulador incumbe:

X. 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;

XI. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos do **HOSPITAL**

ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;

XII. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

XIII. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizaro fluxo de transferência de pacientes;

XIV. Acompanhar a admissão dos pacientes com vaga liberada via Central de Regulação de Leitos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** a fim de verificara compatibilidade do quadro clínico descrito com o real;

XV. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;

XVI. Conferir documentação de solicitação de internação;

XVII.Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

XVIII. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário tanto nos casosde isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas.

Parágrafo único – Na ausência do médico regulador o médico assistente técnico do Pronto Atendimento Clínico – PAC ficará responsável pela avaliação técnica da solicitação e liberação de vagas em conjunto com enfermeiro ou técnico de enfermagemdo Núcleo Interno de Regulação - NIR.

ARTIGO 8º – Aos enfermeiros do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

XVII. Gerenciar a ocupação e movimentação de leitos, monitorando os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;

XVIII. Conferência diária in loco nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs docenso hospitalar com a situação física do leito;

XIX. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;

XX. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação de Leitosdo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

XXI. Na ausência do médico regulador o enfermeiro ficará responsável pela gestão de leitos, sendo que contará com suporte do médico assistente técnico das unidades de internação e pronto atendimentos, sendo elas: Unidades de Terapia Intensiva - UTIs, clínicas médica, pediátrica, cirúrgica, ginecológica e obstétrica e Pronto Atendimento Clínico – PAC, Pronto Atendimento Pediátrico – PAP e Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico – PAGO, para a

avaliação da solicitação e liberação de vagas;

XXII. Acompanhar o cumprimento do fluxo de pacientes nas diversas portas de entrada da instituição (Pronto Atendimento Clínico - PAC, Pronto Atendimento Pediátrico - PAP, Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico - PAGO, Ambulatório);

XXIII. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizaro fluxo de transferência de pacientes;

XXIV. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** na ausência do auxiliar administrativo e do técnico de enfermagem;

XXV. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

XXVI. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido pela equipe;

XXVII. Conferir documentação de solicitação de internação;

XXVIII. Solicitar para a equipe assistencial a atualização dos dados de movimentação dos pacientes;

XXIX. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

XXX.Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto noscasos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;

XXXI. Redistribuir os leitos institucionais no caso de mutirões, campanhas, superlotação e calamidade pública de acordo com orientações superiores devidamente documentadas;

XXXII. Comunicar ao chefe de Unidade de Regulação Assistencial problemas que venham a dificultar o processo de internação e alta;

XXXIII. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliaradministrativo e técnico de enfermagem.

ARTIGO 9º – Aos técnicos de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

X. Monitorar os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;

XI. Conferência diária in loco (nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs) do censo hospitalar com a situação física do leito;

XII. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação de Leitosdo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

XIII. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizaro

fluxo de transferência de pacientes;

XIV. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** na ausência do auxiliar administrativo;

XV. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido;

XVI. Conferir documentação de solicitação de internação;

XVII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

XVIII. 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;

XIX. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo.

ARTIGO 10º – Aos médicos Assistentes Técnicos 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 do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

Parágrafo único – Considera-se médico assistente técnico o médico plantonista das unidades de internação, e pronto atendimentos sendo elas: Unidades de Terapia Intensiva/UTIs, clínicas médica, e Pronto Atendimento Clínico – PAC, Pronto Atendimento Pediátrico – PAP e Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico – PAGO

ARTIGO 11º – 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 definidas nas diretrizes para a gestão organizacional das divisões da Gerência de Atenção à Saúde, 1ª versão/2017;

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 pelohospital 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 gradesde 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. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas.

XII. Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

ARTIGO 12º – Ao membro chefe da Unidade de Regulação Assistencial do Núcleo Interno de Regulação – NIR incumbe:

I. Seguir as atribuições das unidades assistenciais e serviços de apoio definidas no item VII das diretrizes para a gestão organizacional das divisões da Gerência de Atenção à Saúde,

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 devamser 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 órgãosde controle, referentes à regulação de leitos ou à conduta dos profissionais que compõemo 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. Gerenciar folha de frequência de toda equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

IX. Gerenciar escalas de folgas e férias, em conjunto com a Divisão de Enfermagem emcasos de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

X. Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

XI. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelohospital por meio do instrumento formal de contratualização;

XII. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela

Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e gradesde referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;

XIII. Elaborar relatórios das atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

XIV. Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

XV. Elaborar, em conjunto com enfermeiro regulador ou enfermeiro líder de equipe, Procedimentos Operacionais Padrão - POP referente aos processos de trabalho donúcleo;

XVI. Coordenar e orientar o trabalho do auxiliar administrativo em relação às pautas dereunião, atas, memorandos, organização de documentos em geral e rotina administrativa;

XVII. Reunir documentos oficiais do Núcleo Interno de Regulação - NIR (atas assinadas, Procedimentos Operacionais Padrão - POP publicados, memorandos etc) sempre que houver solicitação da gestão do hospital, auditoria ou de órgão externo.

ARTIGO 13º – Ao auxiliar administrativo do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

XV. Conferir documentação de solicitação de internação;

XVI. Realizar controles de solicitações enviadas e recebidas;

XVII. Organizar as solicitações enviadas e recebidas;

XVIII. Escanear as solicitações enviadas e recebidas;

XIX. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

XX. Checar dados cadastrais dos pacientes já matriculados na instituição;

XXI. Solicitar prontuário junto ao Serviço de Documentação Médica quando necessário;

XXII. Realizar o arquivamento de toda documentação relacionada à regulação(Solicitações de internação, Memorandos, Atas, entre outros);

XXIII. Receber e protocolar os documentos;

XXIV. Lavrar e assinar as atas de reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR, até 2 dias úteis após sua realização;

XXV. 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;

XXVI. Solicitar materiais de consumo;

XXVII. Manter a organização do serviço;

XXVIII. 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

ARTIGO 14º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR atuará na regulação dos leitos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** 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 pertencea grade de referência contratada com a saúde pública;

III. Internação hospitalar necessária, no leito apropriado (diagnóstico e complexidade) epor 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: dedemanda, de movimentação de leitos, de eficiência, etc; VII. Cuidado integrado do paciente;

VII. 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 realizarávisitas in loco, avaliação dos censos das unidades versus o censo do município para a elaboração do Mapa de Leitos da instituição. Este mapa de leitos será disponibilizado para a Central de Regulação de Leitos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** três vezes ao dia (manhã, tarde e noite), conforme pactuado no Termo de Compromisso firmado no âmbito da Câmara Técnica Hospitalar do HERSO.

§ 2º– Após reorganização interna e verificada a disponibilidade de leitos, as vagas serão reguladas de acordo com o que consta dentro da nossa grade de referência e contratualização, desde que respeitada nossa capacidade operacional, salvo os casos regulados como VAGA ZERO.

ARTIGO 15º – São ferramentas para processo de trabalho que tem por objetivo contabilizar informações sobre o movimento de entrada e saída de pacientes no hospital:

IX. Normas internas;

X. Procedimentos operacionais padrão – POP;

XI. Protocolos clínicos assistenciais definidos pelas especialidades ou unidadesassistenciais;

XII. Censo das unidades de internação elaborados pelos enfermeiros assistenciais;

XIII. Censo hospitalar;

XIV. Controle de solicitações recebidas;

XV. Mapa de leitos;

XVI. Indicadores Hospitalares;

XVII. Kanban BI- Pentaho.

ARTIGO 16º – A rotina das reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR será a seguinte:

XI. 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;

XII. 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;

XIII. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo com 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;

XIV. As reuniões serão conduzidas pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do NúcleoInterno de Regulação - NIR;

XV. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta 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;

XVI. O NIR em suas reuniões ordinárias ou extraordinárias, poderá solicitar a convocaçãode outros representantes de diversas áreas do Hospital com objetivo de discutir casos pontuais;

XVII. A convocação para reunião do Núcleo Interno de Regulação - NIR será feita pelo Auxiliar Administrativo, com anuência do Chefe da Unidade de Regulação Assistencial,Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do NúcleoInterno de Regulação - NIR, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação;

XVIII. 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;

XIX. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença;

XX. 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 estabelecidaneste artigo.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 17º – 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 **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** proporcionará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.

ARTIGO 18º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

ARTIGO 19º – No caso da saída de qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR deverá haver indicação de novo membro pela equipe do NIR que deverá encaminhar para a Diretoria Geral para aceite e posteriormente ao Núcleo de Comissões Hospitalares do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** para publicação.

ARTIGO 20º – 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 ouinstituições públicas ou privadas para solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

ARTIGO 21º – Os casos omissos referentes à matéria do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 22º – Este regimento entrará em vigor após publicação no Boletim de Serviço do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 23º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da NIR e submetidos à apreciação final da Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 24º - O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da NIR	■											
Revisão do Regimento Interno		■										
Reuniões Ordinárias		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atas das Reuniões		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Resultados Positivos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

CAPITULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES
FINALIDADE

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é o setor responsável pela regulação dos leitos da unidade, de acordo com as necessidades do paciente e respeitando a missão, a visão, o perfil assistencial e a capacidade instalada da unidade. O NIR faz a interface do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** com as centrais de regulação e os núcleos internos de outras unidades, solicitando, quando necessário, exames, consultas e transferências das especialidades.

CAPITULO II
DISPOSIÇÕES GERAIS
OBJETIVOS

O NIR é uma ferramenta de gestão que trabalha de forma colegiada, em parceria com todos os setores e seus responsáveis, tendo como foco a qualidade da assistência prestada ao

paciente mantendo as informações de acomodação na Unidade e sua movimentação na rede própria e na referenciada permitindo a integralidade da assistência ao usuário.

CAPITULO III
ATRIBUIÇÕES

São atribuições do Núcleo Interno de Regulação (NIR):

I. Garantir o acesso aos serviços de saúde hospitalares de forma adequada;
II. Garantir os princípios da equidade e da integralidade;
III. Fomentar o uso, quantificação e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, serviços clínicos e cirúrgicos e profissionais de saúde;
IV. Elaborar, disseminar e implantar os protocolos de regulação de internação hospitalar clínica e cirúrgica, eletiva e de emergência;
V. Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde.

CAPITULO IV
OPERACIONALIZAÇÃO

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) será operacionalmente composto pela Equipe de Desospitalização (ED), pelo Núcleo de Internação e Alta (NIA), pela Gestão de Leitos (GL) e pela Central de Marcação de Cirurgias (CMC) e atuarão em cooperação para garantir a execução das atribuições do serviço.

CAPITULO V
EQUIPE DE DESOSPITALIZAÇÃO

Tendo as seguintes competências:

I. Verificar a existência efetiva e aplicação dos protocolos clínicos baseados em evidências científicas, nas diversas especialidades e respectivos indicadores de qualidade de assistência.
II. Atuar na avaliação técnica da aplicação de conceitos de boa prática médica.
III. Apoiar tecnicamente a unidade frente casos clínicos de difícil resolução.
IV. Contribuir para o planejamento do tratamento do paciente, visando reduzir o tempo de internação e proporcionar a desospitalização segura.

CAPITULO VI
EQUIPE DO NÚCLEO DE INTERNAÇÃO E ALTA (NIA)

Tendo as seguintes competências:

I. Proceder ao cadastramento dos pacientes que necessitam de internação e a atualização dos dados quando houver necessidade.

II. Atualizar o Cadastro Nacional de Saúde (CNS) referente aos pacientes internados;

III. Realizar a identificação do paciente e orientá-lo, de acordo com as metas internacionais de segurança da Organização Mundial de Saúde.

IV. Encaminhar o paciente para a internação no leito sinalizado e bloqueado previamente pela Gestão de Leitos, conforme previsão do mapa cirúrgico, solicitações clínicas internas e externas.

V. Viabilizar o acesso dos pacientes internados aos procedimentos regulados.

VI. Efetuar o registro de admissão e alta hospitalar dos pacientes, no sistema de prontuário eletrônico.

VII. Coletar, organizar e divulgar indicadores referentes às admissões, altas, solicitações internas de procedimentos regulados, tempo de espera por exames e outros;

CAPITULO VII
EQUIPE DA GERÊNCIA DE LEITOS (GL)

Tendo as seguintes competências:

I. Coletar, compilar, analisar e divulgar os indicadores de internação hospitalar: censo hospitalar diário, taxa de ocupação diária, tempo médio de permanência e outros;

II. Centralizar, organizar, priorizar e regular as solicitações internas para internação de pacientes provenientes das unidades de terapia intensiva adulto e pediátrica, centro cirúrgico e serviço de emergência;

III. Centralizar, organizar, priorizar e regular as solicitações para internação de pacientes provenientes do serviço de ambulatório;

IV. Acompanhar e sinalizar leitos disponíveis, considerando os riscos clínicos dos pacientes, a distribuição dos leitos hospitalares clínicos, a previsão do mapa cirúrgico e a realização dos bloqueios de leitos necessários.

V. Atuar para desospitalização dos pacientes sinalizados com cores vermelhas e amarelas, com mapeamento das eventuais causas do tempo de permanência prolongado;

VI. Emitir autorização ao Núcleo de Internação e Alta (NIA), referente à internação dos pacientes com prioridade definida, leito sinalizado e bloqueado;

VII. Intermediar os procedimentos de transferência dos pacientes entre a unidade e outras Unidades credenciadas para assistências aos pacientes que compõem o público alvo da Instituição.

CAPITULO VIII
EQUIPE DA CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS

Tendo as seguintes competências:

I. Fazer a gestão da ocupação das salas e agendas das cirurgias dos serviços de cirurgia encaminhando a demanda para a equipe do Bloco Cirúrgico para que seja confirmada a liberação do procedimento para posterior confirmação com o paciente.

II. Executar critérios previamente estabelecidos de internações clínicas dos pacientes cirúrgicos;

III. Aplicar os critérios de priorização de cirurgias eletivas;

IV. Executar a regulação médica do processo assistencial cirúrgico.

CAPITULO IX
COMPOSIÇÃO

O NIR será composto por:

a) **Médico Regulador:** responsável por analisar a fila de cirurgia de cada especialidade, analisar o quadro clínico e a prioridade da cirurgia, priorizar pacientes para o agendamento cirúrgico, realizar a interface com as especialidades médicas e os setores da gestão hospitalar.

b) **Profissional de Enfermagem**: responsável por realizar o contato direto com o paciente, confirmando o agendamento da cirurgia e prestando as orientações necessárias de todas as demandas de realizações de procedimentos aos pacientes já internados.

c) **Assistente Social:** Orientar a equipe e acompanhar as atividades de gestão da lista de espera cirúrgica; participar dos processos de organização dos fluxos para internação do paciente cirúrgico; disponibilizar as ofertas de vagas para o gestor do SUS; solicitar atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; 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.

d) **Assistente Administrativo:** Realizar o agendamento de consultas e exames no sistema; realizar a importação de dados encaminhados; participar da busca ativa de

absenteísmo de consultas e exames (procedimentos); participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR

CAPITULO X
DISPOSICOES FINAIS

Os casos omissos serão encaminhados à Chefia Imediata que submetera à Direção Geral da Instituição.

Goiás – PA, XX de XXXXXXXXX de 2023.
HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DO NIR

ATIVIDADES	ÊS 01	ÊS 02	ÊS 03	ÊS 04	ÊS 05	ÊS 06	ÊS 07	ÊS 08	ÊS 09	ÊS 10	ÊS 11	ÊS 12
PLANEJAMENTO DA COMISSÃO												
IMPLANTAÇÃO												
DEFINIÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS												
INÍCIO DO ESTUDO DOS												

PROCESSOS												
REUNIÕES MENSAIS												
ELABORAÇÃO DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS												

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

4.1.21. COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) é um órgão de caráter consultivo, deliberativo, educativo e executivo, que tem por finalidade prevenir, minimizar ou eliminar os riscos físicos, químicos e/ou biológicos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, extensão, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde humana e dos animais bem como a preservação do meio ambiente no âmbito do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

A Comissão de Acidentes com Material Biológico constitui um grupo técnico, de caráter obrigatório, nas instituições hospitalares e pré-hospitalares. Deve ser composta por profissionais da área de saúde, de níveis superior e médio e por profissionais ligados à saúde e à segurança do trabalhador. O número de componentes será definido por ato normativo da direção geral da instituição de acordo com a dinâmica e o funcionamento da mesma.

- **COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)**

Este comitê é multiprofissional e multiprofissional, nomeado e composto por membros do quadro funcional do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** conforme portaria da Diretoria Geral:

I – o chefe da Divisão de Enfermagem, como coordenador;

II – um representante da Alta Administração (Divisão Médica);

III – um representante (médico do trabalho);

IV - vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa);

V – um representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

VI – o responsável da Gerência de Resíduos;

VII – um representante de Central de Materiais Esterilizados (CME);

VIII – um representante do Serviço de Padronização de Materiais;

IX – um representante do Setor de Administração (Compras).

- **OBJETIVO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)**

A Comissão de Prevenção de Acidentes com Material Biológico e Biossegurança tem como objetivos reduzir os riscos de acidentes com materiais biológicos dentro das instituições de saúde e atuar em três macro focos dentro das instituições de prestação da assistência: adequação da estrutura física e tecnológica, capacitação profissional, aquisição de equipamentos de proteção individual e coletivo com vistas à implantação e manutenção de um trabalho de qualidade no ambiente laboratorial.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADES

ARTIGO 1° Este regimento tem por objetivo regulamentar a composição, as atribuições, a estrutura, as competências e o funcionamento da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB), a ser instituída pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 2° A CAMB é um órgão de caráter consultivo, deliberativo, educativo e executivo, que tem por finalidade prevenir, minimizar ou eliminar os riscos físicos, químicos e/ou biológicos inerentes as atividades de pesquisa, produção, ensino, extensão, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviço, visando à saúde humana e dos animais bem como a preservação do meio ambiente no âmbito do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

CAPÍTULO II
DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 3° Compete à CAMB no âmbito da Instituição estabelecer normas, fiscalizar e tomar providências para o cumprimento das normas estabelecidas para o desenvolvimento de atividades que envolvam, no âmbito do ensino, pesquisa e extensão:

I – Procedimentos de contato direto com pacientes;

II – Coleta, preservação, análise e transporte de amostras clínicas ou material biológico;

III – Organismos que ofereçam risco à saúde;

IV – Fitopatógenos;

V – Procedimentos que envolvam riscos físicos, químicos e/ou biológicos.

ARTIGO 4° São atribuições da CAMB:

I – Manter informados os servidores, quando suscetíveis de serem afetados pela atividade, sobre as questões relacionadas à saúde e a segurança, bem como sobre os procedimentos em caso de acidentes físicos ou envolvendo material químico ou biológico;

II – Estabelecer programas preventivos e de inspeção para garantir o funcionamento das instalações do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**. dentro dos padrões e normas de biossegurança vigentes e regulamentados pelos órgãos componentes, tais como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT);

III – Encaminhar documentos pertinentes às atividades descritas neste artigo para efeito de análise, registro ou autorização do órgão competente, quando couber;

IV – Manter registro do acompanhamento individual de cada atividade ou projeto em que o desenvolvimento envolva riscos permanentes;

V – Notificar, quando couber, o resultado de avaliações de risco a que estão submetidas as pessoas expostas bem como qualquer acidente ou incidente que envolva risco físico, químico ou biológico aos órgãos e entidades de registro e fiscalização e às entidades de trabalhadores;

VI – Requerer dos responsáveis a apresentação de projetos, pareceres, relatórios ou outros documentos pertinentes que envolvam as atividades acima descritas;

VII – Fazer cumprir as normas estabelecidas pela ANVISA e demais órgãos competentes com relação à biossegurança;

I- Comunicar à Diretoria Geral/Técnica eventuais descumprimentos das normas de biossegurança estabelecidas pela CAMB e, sendo pertinente, a Diretoria irá tomar providências de correções para o cumprimento das normas.

CAPÍTULO III

SEÇÃO I - DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO

ARTIGO 5° A CAMB é uma Comissão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** subordinada administrativamente à Diretoria do ISAC.

ARTIGO 6° Os membros da CAMB são nomeados pela Diretoria Geral/Técnica, a partir de nomes encaminhados **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**:

I – No mínimo três membros docentes e seus suplentes com mandatos vinculados, com competência técnica e atividade profissional nas áreas de saúde humana, segurança do trabalho, meio ambiente, biossegurança, análises químicas, ciências biológicas, ciências agrárias ou ciências de alimentos; avaliada a competências pela comissão;

II – No mínimo um membro representante dos servidores técnico-administrativos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e seu suplente, que tenham competência técnica em alguma da áreas supracitadas;

III – Poderá haver membros associados como representantes de cada uma das unidades acadêmicas, caso seja de interesse das mesmas ou da comissão;

IV – Os membros de que trata este artigo serão selecionados pela Comissão e referendados pela Reitoria, dentre os nomes enviados pelos Departamentos da unidade hospitalar ou órgãos equivalentes do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** juntamente com a documentação comprobatória de sua atividade profissional e experiência nas áreas citadas.

ARTIGO 7° Compete aos membros da CAMB indicar entre seus componentes o Presidente e Vice-presidente da Comissão.

ARTIGO 8° A CAMB disporá de uma secretário indicado pelo presidente, dentre os membros da comissão ou de um servidor técnico-administrativo.

ARTIGO 9° Os membros da CAMB terão mandato de dois anos, sendo admitida a recondução.

I – Terminado o mandato, a Comissão subsequente deverá ter no mínimo um membro da Comissão anterior;

II – Perderá o mandato, mediante reconhecimento expresso de vacância pela CAMB, o membro que faltar a três reuniões no mesmo ano sem justificativa formal encaminhada ao presidente da comissão;

III – Em caso de vacância de membro titular, assume o suplente, sendo indicado novo suplente. Em caso de vacância do presidente, assume o vice-presidente;

IV – Poderá haver a substituição de qualquer membro da comissão durante a vigência de seu mandato, desde que plenamente justificada.

SEÇÃO II - DAS ATRIBUIÇÕES DA PRESIDÊNCIA

ARTIGO 10º Compete ao Presidente da CAMB:

I – Convocar e conduzir as reuniões ordinárias ou extraordinárias da CAMB;

II – Submeter à CAMB todos os assuntos constantes da pauta de reunião;

III – Assinar os atos destinados a formalizar e documentar as decisões da CAMB;

IV – Convidar a participar das reuniões, após consulta e aprovação pelos membros da CAMB, consultores *ad hoc* para auxiliar na discussão de casos específicos;

V – Distribuir aos membros da CAMB matérias para seu exame e parecer;

VI – Zelar pelo cumprimento das normas deste Regimento e resolver as questões de ordem;

VII – Representar ou indicar representante da CAMB nos atos que se fizerem necessários, respeitada a natureza de suas atribuições;

VIII – Requerer dos membros da Comissão a averiguação dos fatos em caso de denúncia de irregularidade nas atividades descritas no Artigo 3º deste Regimento;

IX – Tomar as medidas cabíveis em caso de constatação de irregularidades;

X – Assegurar o cumprimento das normas de biossegurança vigentes.

ARTIGO 11º Compete aos vice-presidente substituir o presidente em suas faltas ou impedimentos legais, auxiliar o presidente em suas tarefas e desempenhar tarefas que lhe sejam designadas pelo presidente.

SEÇÃO III - DAS ATRIBUIÇÕES DA SECRETARIA

ARTIGO 12º Compete ao secretário:

I – Assessorar a presidência da CAMB;

II – Manter arquivos e registros de documentos e atividades relacionadas à CAMB;

III – Elaborar, redigir e organizar atas, memórias e documentos oficiais recebidos e emitidos pela CAMB;

IV – Manter informações eletrônicas no âmbito da CAMB;

V – Elaborar juntamente com o presidência o relatório anual de atividades da CAMB e submete-lo à apreciação pela comissão para posterior encaminhamento à Diretoria Geral/Técnica;

VI – Encaminhar documentos produzidos ou solicitados pela presidência e pela CAMB.

SEÇÃO IV - DOS DIREITOS E DEVERES DOS MEMBROS

ARTIGO 13º Cabe aos membros da CAMB:

I – Comparecer e participar e votar nas reuniões da comissão;

II – Aprovar as pautas e memórias da reunião, elaboradas pela presidência e secretaria da CAMB;

III – Propor a convocação de reuniões extraordinárias da CAMB;

IV – Examinar e relatar expedientes que lhes forem distribuídos pela presidência da CAMB, dentro dos prazos estabelecidos;

V – Propor atividades de interesse da CAMB;

VI – Representar a CAMB nos atos e nas demais instâncias de interesse do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** quando indicados pelo presidente da comissão;

VII – Divulgar e fomentar a qualificação e participação em atividades de cunho científico e informativo relacionadas às biossegurança no âmbito do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

VIII – Aprovar, em reunião plenária, os grupos de trabalho, seu âmbito, duração e escopo de trabalho;

IX – Indicar, dentre eles, os dirigentes da primeira reunião dos grupos de trabalho, em que se escolherá sua coordenação.

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

ARTIGO 14º A CAMB reunir-se-á ordinariamente, a cada mês, conforme calendário definido na primeira reunião anual, que ocorrerá na primeira semana do calendário letivo de cada ano, e extraordinariamente, sempre que convocada pelo seu presidente ou requerimento da maioria simples de seus membros;

§ 1° Na impossibilidade de comparecimento do presidente e do vice-presidente, dirigirá os trabalhos o decano da comissão.

§ 2° Os membros titulares serão convocados para reuniões ordinárias com no mínimo 72 horas de antecedência, cabendo a cada membro titular a responsabilidade de comunicar seu suplente em caso de sua impossibilidade de comparecimento.

§ 3° O membro associado deve participar quando convocado, tendo direito à voz e não ao voto.

§ 4° Nos casos em que o titular e seu suplente estiverem impossibilitados de comparecer à reunião, deverão comunicar com antecedência mínima de 24 horas e apresentar justificativa formal à presidência da CAMB.

§ 5° As reuniões obedecerão à pauta formulada pelo presidente.

§ 6° Pedidos de inclusão de assuntos na pauta de reunião poderão ser dirigidos ao presidente por qualquer membro, com antecedência mínima de 24 horas da data de realização da reunião, ou apresentados durante a aprovação da pauta pelo plenário.

§ 7° As reuniões ordinárias serão instaladas com a presença da maioria simples dos membros da Comissão.

§ 8° As reuniões extraordinárias serão instaladas no horário estabelecido com presença da maioria simples dos membros, descontadas as faltas justificadas, ou com qualquer número depois de decorridos 30 minutos.

§ 9° Decisões tomadas *ad referendum* deverão ser subordinadas a homologação na reunião ordinária subsequente.

§ 10. O membro presente à reunião poderá solicitar, em qualquer faze dos trabalhos, salvo se já anunciada a decisão, a retirada de matéria de sua autoria ou pedir vista da que estiver em discussão, que será apreciada posteriormente, sempre respeitando os prazo definido pela CAMB.

§ 11. Após o anúncio do encerramento da discussão pelo presidente ou por quem estiver dirigindo a reunião, a matéria será submetida à aprovação.

ARTIGO 15º Todas as decisões da CAMB são deliberadas em reuniões ordinárias e extraordinárias, por votação.

§ 1° A votação é realizada mediante *quorum,* sendo que a aprovação das matérias se dará por maioria simples.

§ 2° Qualquer membro da CAMB pode fazer constar seu voto em ata.

§ 3° O presidente da CAMB em o voto de qualidade.

§ 4° Os membros que coordenam ou participam de algum projeto ou outra atividade em votação devem abster-se do voto.

ARTIGO 16º A CAMB poderá constituir consultores, subcomissões ou grupos de trabalho transitórios para apreciação de matéria específica, além de elaborar documentos técnicos para subsidiar as atividades dos grupos estabelecidos, podendo ainda convidar, com igual objetivo, personalidades de reconhecida competência em sua especialidade.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 17º - Alterações neste regimento deverão ter a aprovação de no mínimo dois terços da comissão.

ARTIGO 18º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da CAMB e submetidos à apreciação final da Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 19º - O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12

Constituição da CAMB												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

4.1.22. COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA

OBJETIVO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é suma importância para uma gestão de saúde seja realizada com maior segurança, qualidade e efetividade.

De acordo com o Ministério da Saúde a CFT pode ser definida como uma instancia colegiada, de caráter consultivo e deliberativo de assessoria a Direção Geral e Técnica e demais departamentos de assistência à saúde do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** referente a medicamentos, visando garantir o uso seguro e racional, elaborando e validando protocolos terapêuticos e apoio a assistência.

ATRIBUIÇÕES

I. Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos da unidade;
II. Elaborar e atualizar periodicamente a os protocolos assistenciais farmacêuticos de acordo com medicamentos padronizados, divulgando-a junto a instituição;
III. A padronização de medicamentos deverá, quando possível, ser vinculada aos protocolos terapêuticos normatizados na instituição ou emitidos por sociedades de áreas médicas e afins reconhecidas;
IV. Determinar a utilização da relação de medicamentos padronizados como instrumento básico para a prescrição médica;
V. Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos;
VI. Normatizar a solicitação e prescrição de medicamentos não padronizados;

VII. Participar da elaboração de protocolos terapêuticos elaborados por diferentes serviços clínicos;
VIII. Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos padronizados;
IX. De forma consultiva, ofertar assessoramento ao corpo clínico e a administração do hospital em assuntos relacionados a medicamentos, mediante parecer da Comissão;

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

A Comissão será composta minimamente por:

- Médico;
- Farmacêutico da Unidade de Dispensação Farmacêutica;
- Farmacêutico da Unidade de Abastecimento Farmacêutico;
- Enfermagem;
- Comprador;
- Chefe de unidade;
- Membros convidados; estes sendo convidados pelas chefias de setor.

MODELO SUGERIDO PARA REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E FINALIDADES

Art. 1o. A Comissão de Farmácia é uma equipe de discussão colegiada, vinculada à Diretoria

I. A COMISSÃO é diretamente vinculada a Diretoria Técnica do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,**
II. A composição da COMISSÃO se dá mediante publicação de ofício específico na instituição.

Art. 2°. A COMISSÃO é de natureza técnico-científica, permanente, que tem por finalidade formular e implementar políticas institucionais para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à saúde.

CAPÍTULO II
DA CONSTITUIÇÃO

Art. 3° - A COMISSÃO será constituída por profissionais de saúde e administração da unidade e terá, minimamente, a seguinte composição:

I. Médico;

II. Farmacêutico da Unidade de Dispensação Farmacêutica;

III. Farmacêutico da Unidade de Abastecimento Farmacêutico;

IV. Enfermagem;

V. Comprador;

VI. Chefe de unidade;

VII. Membros convidados.

- Os membros mínimos que comporão a COMISSÃO serão designados pelas respectivas Chefias imediatas;
- As indicações deverão ser prioritárias, preferencialmente, a profissionais com reconhecida experiência em comissões, sistema de informação de medicamentos e áreas de apoio, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e/ou Administração Hospitalar;
- Compete à Diretoria, sob aprovação dos membros da COMISSÃO, a aprovação quanto à incorporação de membros adicionais ao previsto no caput do Art. 3o;
- Os serviços representados pelas chefias citadas nos incisos IX, X, XI, XII, do caput, que possuam apenas o(a) Chefe como representante, este poderá suprimir o representante da categoria profissional relativo às unidades citadas sob os incisos IV, V e VI;
- Os membros convidados, subitem "IX", comporão as reuniões, conforme deliberação da pertinência à temática a ser discutida, não sendo estes membros efetivos da COMISSÃO;
- Os membros convidados, subitem "IX", deverão opinar, de forma subsidiária, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações à Comissão com intuito de colaborar no processo de seleção e decisão sobre o(s) item(s);
- A substituição de membros poderá ocorrer a qualquer tempo, caso haja solicitação de desligamento pelo membro ou ocorra o descumprimento do estabelecido neste regulamento, sob deliberação dos membros da Comissão.

CAPÍTULO III
ELEIÇÃO DO CORPO DIRETIVO

Art. 4o. A Comissão poderá eleger, dentre seus membros efetivos, o corpo diretivo, sob os seguintes cargos:

I. Presidente;

II. Vice-presidente;

III. Secretário(a);

IV. Secretário(a) substituto(a);
V. Tesoureiro(a);
Goiásgrafo único. Os membros da Comissão serão eleitos entre si, por maioria absoluta de votos.

Art. 5°. O mandato dos membros do Corpo Diretivo da COMISSÃO será de 24 meses, podendo ser reconduzido por igual período uma única vez, conforme deliberação dos membros da Comissão ou solicitação da Diretoria.
Goiásgrafo único. A relação dos membros do Corpo Diretivo de cada mandato será publicada em portaria específica.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 6o - São atribuições da COMISSÃO:

- Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos da unidade;
- Elaborar e atualizar periodicamente a os protocolos assistenciais farmacêuticos de acordo com medicamentos padronizados, divulgando-a junto a instituição; terapêuticos normatizados na instituição ou emitidos por sociedades de áreas médicas e afins reconhecidas;
- Determinar a utilização da relação de medicamentos padronizados como instrumento básico para a prescrição médica;
- Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos;
- Normatizar a solicitação e prescrição de medicamentos não padronizados;
- Participar da elaboração de protocolos terapêuticos elaborados por diferentes serviços clínicos;
- Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos padronizados;
- De forma consultiva, ofertar assessoramento ao corpo clínico e a administração do hospital em assuntos relacionados a medicamentos, mediante parecer da Comissão.

Art. 7°. São atribuições do Presidente:

- Convocar e presidir as reuniões da COMISSÃO;
- Assinar todos os documentos oficiais emitidos pela COMISSÃO;
- Assessorar a Superintendência, quando solicitado;
- Representar a COMISSÃO perante às Gerências, Superintendências e corpo clinico;
- Proceder aos encaminhamentos e a divisão das tarefas junto à Comissão.

Art. 8o. São atribuições da(o) Secretária(o):

- Secretariar todas as reuniões da COMISSÃO;
- Redigir atas em todas as reuniões, ordinárias e extraordinárias;
- Manter arquivos de todos os documentos confidenciais em área designada pela COMISSÃO;
- Auxiliar o Presidente nas tarefas administrativas;
- Organizar os documentos recebidos para análise e inclusão de pauta das reuniões;
- Providenciar pareceres correspondentes e os encaminhamentos necessários;
- Protocolar documentos em nome da Comissão;
- Encaminhar o cronograma de reuniões e atas a Diretoria Técnica periodicamente.

Art. 9o. São atribuições do(a) Tesoureiro(a):

- Promover ações de arrecadação para fomento das atividades da COMISSÃO, quando deliberado
- pela Comissão;
- Gerir os recursos provenientes da arrecadação, com máxima lisura e transparência;
- Realizar a prestação de contas dos recursos obtidos/gastos anualmente junto
- ao relatório de atividades encaminhado a Diretoria Técnica anualmente.

Art. 10o. São atribuições da(o) Vice-Presidente substituir o Presidente em suas ausências e impedimentos.

Art. 11o. São atribuições da(o) Secretária(o) substituta(o) substituir a(o) Secretária(o) em suas ausências e impedimentos.

Art. 12o. São atribuições e competências de todos os membros da COMISSÃO:

- Comparecer às reuniões da Comissão;
- Participar das análises dos casos;
- Emitir parecer técnico consubstanciado considerando sua competência técnica;
- Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- Divulgar junto a seus pares as deliberações da COMISSÃO;
- Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- Manter atualizado o Termo de Isenção de Conflito de Interesse.

CAPÍTULO V

DA PERIODICIDADE, CONVOCAÇÃO, RESPONSABILIDADES E PRESENÇA NAS REUNIÕES

Art. 13o. A COMISSÃO reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente.

- As reuniões deliberativas deverão ter, pelo menos, 50% mais um dos membros efetivos;
- Nas reuniões ordinárias, as deliberações ocorrerão por maioria absoluta dos presentes nas reuniões;
- Nas reuniões extraordinárias, as deliberações ocorrerão por maioria simples dos presentes nas
- reuniões;
- As reuniões se poderão nas dependências da base administrativa;
- A definição e reserva do local se dará pelo(a) Secretário(a) da Comissão de junto a área responsável.

Art. 14o. As convocações da Comissão serão feitas pelo Presidente ou Secretária(o), e se darão:

- Para reuniões ordinárias, ao final da reunião anterior ou sob definição de calendário prévio de reuniões, aprovado dentre seus membros;
- Para reuniões extraordinárias, com antecedência mínima de quarenta e oito horas (48 horas)

Art. 15o. É de reponsabilidade dos componentes da COMISSÃO comparecerem pontualmente às reuniões ordinárias convocadas;

- Será(ão) dispensado(s) da contagem no quórum mínimo o(s) componente(s) que justificarem a ausência mediante férias, atestados e demais impedimentos previstos no Regulamento de Pessoal;
- Será(ão) considerado(s) faltante(s) o(s) componente(s) que deixar(em) de comparecer à(s) reunião(ões) ordinária(s) convocada(s) sem a apresentação de motivação à Comissão, conforme previsto no §1o do Art. 14;
- O(s) membro(s) que, injustificadamente incorrer(em) em falta a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano, serão desligados da Comissão, sendo encaminhado memorando à Diretoria Técnica o nome e a motivação para o referido desligamento.

Art 16o. A periodicidade das reuniões será de 01 (uma) reunião ordinária trimestralmente, cabível de rever de acordo com a necessidade.

- As deliberações ocorrerão em reunião ordinária, sob maioria absoluta de votos;
- Não havendo "quórum", será realizada convocação de reunião extraordinária para discussão da(s) pauta(s) mais emergente(s);
- Poderá haver convocações de reuniões extraordinárias, quantas forem necessárias, visando atender a(s) prioridade(s) e urgência(s) que não puder(em) ser discutida(s) em reunião ordinária próxima;
- O quórum para reuniões extraordinárias se dará por maioria simples dos presentes, devendo haver, minimamente, 30% dos membros para validação das deliberações;
- O voto do presidente será considerado voto de minerva;
- Membros consultivos não terão direito a voto.

CAPÍTULO IV
SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTO NÃO-PADRONIZADO

Art. 17o. Caso exista a necessidade da prescrição de medicamento que não conste na relação de medicamentos padronizados:

- Preencher o formulário – Solicitação de Compra de Medicamento Não Padronizado;
- Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins;
- Quando residentes, médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, deverá obrigatoriamente, haver a anuência escrita do preceptor, com vínculo institucional, junto ao formulário de solicitação;
- As solicitações de compra de medicamentos não-padronizados serão aceitas exclusivamente para atendimento à situações individuais não planejáveis, ou seja, onde não seja possível caracterizar falta de planejamento da setor da Administração Pública;
- O preenchimento deverá, obrigatoriamente, conter a justificativa da necessidade, bem como a impossibilidade de substituição por outro que conste na padronização;
- Caso ocorra a entrega de formulário incompleto, este poderá ser negado recebimento ou mesmo impedida a inclusão em pauta de reunião da COMISSÃO.

Art. 18o. O formulário de Solicitação de Compra de Medicamento Não-Padronizado", devidamente assinado, carimbado e com todos os campos preenchidos, deverá ser encaminhado Almoxarifado. O representante e membro da COMISSÃO, lotado no Almoxarifado, poderá encaminhar o formulário ao Presidente, ou na sua ausência ao Vice-presidente, para avaliação

e emissão do parecer por "Ad-Referendum" ou convocação de reunião extraordinária, caso necessária.

Art. 19o. Os casos omissos serão resolvidos pela COMISSÃO.

A

rt. 20o. Revogam – se as disposições em contrário.

Art 21o. Este regimento entrará em vigor após a sua publicação

Goiás – PA, XX de XXXXXXXXX de 2023.

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA

ATIVIDADES	MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06	MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da implantação de protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Mensais												
Elaboração de procedimentos operacionais												

Observação: As datas reuniões serão definidas na reunião de aprovação do regimento interno da comissão, bem como o planejamento das ações para elaboração de procedimentos operacionais.

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISA**

4.1.23. COMITÊ DE COMPLIANCE

O Comitê de Compliance se propõe a ser instrumento de consulta e orientação para uma adequada governança corporativa e contém os princípios éticos e regras funcionais que devem ser conhecidos e cumpridos por todos os colaboradores, estagiários, Corpo Clínico e demais parceiros do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

COMPOSIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE -CC

A composição do Comitê de Compliance do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será de no mínimo 03 (três) e no máximo 9 (nove) membros, dentre titulares e suplentes, todos formalmente nomeados, inclusive o seu Coordenador.

- **OBJETIVOS DO COMITÊ DE COMPLIANCE - CC**

O Comitê de Compliance do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** irá atuar como órgão de caráter consultivo, deliberativo e permanente para assessoramento de temáticas sobre Compliance, zelando para que as atividades da unidade hospitalar sejam conduzidas em conformidade com as leis, as diretrizes internas e a ética. Tem como objetivo analisar as denúncias de inconformidade (interna e externa) e assessorar a Alta Direção no desempenho de suas atribuições relacionadas à adoção de estratégias, políticas e medidas voltadas à difusão da cultura de Compliance.

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE COMPLIANCE - CC

CAPÍTULO I – DO OBJETIVO

ARTIGO 1º O Comitê rege-se por este Regimento e pela legislação aplicável, tem por objetivo analisar as denúncias de inconformidade (interna e externa) e assessorar a Diretoria Geral/Técnica no desempenho de suas atribuições relacionadas à adoção de estratégias, políticas e medidas voltadas à difusão da cultura de *Compliance*.

CAPÍTULO II – PRINCÍPIOS

ARTIGO 2º O Comitê, no exercício de suas funções, deverá agir em estrita conformidade com a missão e os valores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** conduzindo seus trabalhos de acordo com as melhores práticas de governança corporativa e o Código de Conduta e Ética do HERSO.

CAPÍTULO III – DA SUBORDINAÇÃO

ARTIGO 3º O Comitê responderá e reportará suas atividades a Diretoria Geral/Técnica do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

CAPÍTULO IV – DA COMPOSIÇÃO E DA REMUNERAÇÃO

ARTIGO 4º O Comitê será constituído pela Diretoria Geral/Ténica e composto por no mínimo 03 (três) e no máximo 9 (nove) membros, dentre titulares e suplentes, todos formalmente nomeados, inclusive o seu Coordenador. O número exato de membros será definido pela Diretoria Geral/Técnica na reunião que os indicar.

Parágrafo Primeiro - Apenas o Coordenador do Comitê e o membro médico terão suplentes.

Parágrafo Segundo - No caso de vacância de qualquer cargo de membro do Comitê, a Diretoria Geral/Técnica nomeará um substituto. Não será necessária a indicação de novo membro, caso se verifique que o número de membros restantes no Comitê é igual ou superior ao mínimo exigido neste regulamento.

Parágrafo Terceiro - A função de membro do Comitê é indelegável e não remunerada. É vedado aos membros eleitos, direta ou indiretamente, receber qualquer tipo de remuneração pela prestação de serviços que configurem impedimento ou incompatibilidade com as obrigações e responsabilidades de membro.

ARTIGO 5º O Comitê poderá indicar uma equipe terceirizada independente para auxílio no expediente apuratório, desde que sejam comprovadas suas expertises na demanda requerida.

Parágrafo Primeiro - O Comitê poderá convidar para participar de suas reuniões colaboradores que detenham informações relevantes ou cujos assuntos constem na pauta de discussão e sejam pertinentes à sua área de atuação.

ARTIGO 6º São deveres e responsabilidades dos membros do Comitê de *Compliance*:

I - Comparecer às reuniões do Comitê;

II - Pautar sua conduta por padrões éticos e estimular as boas práticas de conformidade e integridade no Grupo.

III - Manter postura imparcial e cética no desempenho de suas atividades;

IV - Apresentar-se para as reuniões do Comitê devidamente preparado, tendo conhecimento de todos os temas e documentos colocados à disposição;

V – Preservar o sigilo sobre toda e qualquer informação a que tiver acesso em razão do exercício do cargo, utilizando-a somente para o desempenho de suas funções, sob pena de responder pelo ato que contribuir para sua indevida divulgação;

VI – Declarar ao Coordenador do Comitê, previamente à deliberação, que, por qualquer motivo, tem interesse particular ou conflitante quanto a determinada matéria submetida à sua apreciação, abstendo-se de sua discussão e voto. Caso este não se manifeste, qualquer dos presentes à reunião que tenha conhecimento do fato deverá fazê-lo;

VII - Opinar e prestar esclarecimentos a Alta Direção, quando solicitado.

Parágrafo Primeiro - Os membros do Comitê obrigam-se a cumprir o Código de Conduta e Ética do HERSO, as diretrizes internas e a legislação vigente aplicável.

CAPÍTULO V – DA GESTÃO

ARTIGO 7º O início do prazo de gestão dos membros do Comitê se dará a partir da sua nomeação pela Alta Direção, e vigorará pelo prazo de dois anos. A destituição pela Alta Direção, ou renúncia, pode ocorrer a qualquer tempo.

ARTIGO 8º Expirado o prazo de gestão dos membros do Comitê, estes poderão ser reconduzidos por meio de nova nomeação pela Alta Direção.

ARTIGO 9º O Comitê terá um Coordenador escolhido pela Alta Direção, dentre os seus membros titulares, sendo que, em suas ausências eventuais, caberá ao próprio Coordenador indicar o seu substituto e o respectivo período de substituição.

Parágrafo Primeiro - Caso o Coordenador não exerça a prerrogativa acima referida, caberá aos demais membros indicar entre os presentes à reunião aquele que ocupará a função de Coordenador do Comitê.

Parágrafo Segundo - O Comitê não contará com orçamento próprio. Quaisquer contratações de serviços de assessoria ou outros, conforme necessário no exercício de suas funções, deverão ser aprovadas pela Alta Direção.

CAPÍTULO VI – DO FUNCIONAMENTO E CONVOCAÇÕES

ARTIGO 10º O Comitê reunir-se-á, no mínimo, uma vez por mês, por convocação de seu Coordenador e, ainda, sempre que necessário mediante convocação fundamentada de quaisquer de seus membros.

Parágrafo Primeiro - O Comitê reunir-se-á validamente com a presença da maioria dos membros.

Parágrafo Segundo - As convocações ocorrerão com o simultâneo encaminhamento da pauta de assuntos pelo Coordenador do Comitê, com antecedência mínima de 3 (três) dias, com exceção de assunto que exija apreciação urgente.

Parágrafo Terceiro - Não obstante o prazo de convocação previsto acima, também será considerada válida a reunião a que comparecerem todos os membros do Comitê.

ARTIGO 11º As reuniões do Comitê serão realizadas em uma das dependências do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** sendo facultada a participação de seus membros por teleconferência, videoconferência ou por qualquer outro meio de comunicação simultânea que assegure a sua participação efetiva na reunião.

ARTIGO 12º Cada reunião do Comitê deverá estar registrada em ata.

Parágrafo Primeiro - Os pareceres sobre as matérias submetidas à análise do Comitê deverão ser parte integrante das atas de reunião ou, quando encaminhados posteriormente, deverão ter sido lidos, aprovados e assinados pelos presentes à reunião.

ARTIGO 13º As decisões do Comitê sempre devem ser tomadas em observância a materialidade dos fatos. Caso não se alcance o consenso em todos os pontos apresentados durante a reunião, a decisão deverá ser tomada por maioria de votos. A Diretoria Geral/Técnica do HERSO poderá tomar decisão em caso de empate.

ARTIGO 14º Sendo identificado conflito de interesse de um dos membros do Comitê, este não poderá ter acesso a informações, participar de reuniões, exercer voto ou de qualquer forma intervir nos assuntos em que esteja, direta ou indiretamente, até que cesse a situação de conflito de interesse.

CAPÍTULO VII – DAS COMPETÊNCIAS

ARTIGO 15º Compete ao Comitê de *Compliance*:

I - Zelar pela adoção e aprimoramento de boas práticas de conformidade e integridade;

II - Contribuir pelo fiel cumprimento das leis e normas aplicáveis ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ,** incluindo, dentre outros,

regras e documentos internos, dentre os quais: Código de Conduta e Ética, Política de Compliance e Política Anticorrupção;

III - Analisar denúncias de conformidade que contemplam irregularidades de normas externas e internas, colocando em risco as atividades, reputação e resultados operacionais do HERSO;

IV – Deliberar sobre assuntos que não estejam contemplados no Código de Conduta e Ética;

V - Emitir recomendações sobre situações de potencial conflito de interesse entre partes interessadas do Grupo;

VI - Posicionar regularmente a Diretoria Geral/Técnica sobre as atividades do Comitê e fazer as recomendações que julgar apropriadas.

VII – Avaliar se as recomendações de melhorias elencadas nos relatórios finais de apuração foram devidamente aplicadas;

VIII - Rever e propor a Diretoria Geral/Técnica a atualização deste Regimento, quando necessário. Qualquer membro do Comitê poderá sugerir a discussão e alteração do presente Regimento Interno, a qualquer tempo, verificada a necessidade de sua adequação. Essa proposta de alteração deverá ser encaminhada ao Coordenador do Comitê para posterior apreciação da Alta Direção, visando a sua aprovação.

Parágrafo Primeiro - Os membros do Comitê deverão ter acesso a todas as informações e documentos necessários ao exercício das suas atribuições.

Parágrafo Segundo - Nos casos em que houver implicação legal (tais como afastamento, possibilidade e realização de acordo de leniência, comunicação às autoridades), o Comitê deverá, antes da tomada de decisão, ser assessorado juridicamente.

ARTIGO 16º Compete ao Coordenador do Comitê de *Compliance*:

I - Convocar e presidir as reuniões do Comitê;

II - Avaliar e definir os assuntos a serem discutidos nas reuniões;

III - Cumprir e fazer cumprir o Regimento do Comitê;

IV - Autorizar a apreciação de matérias não incluídas na pauta de reunião;

V - Elaboração das Atas das Reuniões do Comitê e dos relatórios a serem submetidos a Alta Direção;

VI - Estipular o calendário anual de reuniões ordinárias do Comitê;

VII - Convidar participantes externos ao Comitê, conquanto sem direito a voto, a fim de prestar esclarecimentos e contribuir com a análise técnica dos assuntos a serem tratados, observadas eventuais questões de conflito de interesses.

CAPÍTULO VIII – DO REGISTRO E GUARDA DAS ATAS DE REUNIÕES

ARTIGO 17º As atas de reuniões têm por finalidade registrar os reportes, as deliberações, as demandas e demais assuntos tratados pelo Comitê.

ARTIGO 18º As atas de reuniões serão assinadas pelos membros do Comitê presentes, registrando-se os ausentes, bem como a participação extraordinária dos convidados às reuniões do Comitê.

ARTIGO 19º As atas devem ser controladas e mantidas de forma organizada através do sistema EPA, de modo a ficar disponíveis para atendimento a demandas pertinentes.

ARTIGO 20º As demandas registradas na ata de reunião deverão ser reportadas na reunião subsequente.

CAPITULO IX – CONFIDENCIALIDADE

ARTIGO 21º Todas as informações e documentos colocados à disposição do Comitê, se faz proibido seu compartilhamento, parcial ou total, com terceiros, salvo se estritamente necessário ao desempenho das atribuições do Comitê. Resguardado também se for requerido por autoridades governamentais e/ou pessoas investidas de tal autoridade, por exigência legal.

ARTIGO 22º Os convidados para prestação de informações técnicas ou relativas às suas atividades ou setor, ou especialistas independentes, terão acesso às informações que o Comitê tem a posse e/ou propriedade, nos limites e na proporção necessária ao desempenho da função ou cumprimento do objetivo do convite e deverão ser vinculados mediante a formalização de Termo de Confidencialidade.

CAPÍTULO X – DA AVALIAÇÃO

ARTIGO 23º O Comitê deverá realizar anualmente autoavaliação de desempenho, cujo resultado será enviado para conhecimento da Alta Direção.

Parágrafo Primeiro - O Coordenador será responsável por coordenar o processo de autoavaliação anual e por enviar o respectivo resultado para conhecimento da Alta Direção.

CAPÍTULO XI – DISPOSIÇÕES FINAIS

ARTIGO 24º Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da NIR e submetidos à apreciação final da Diretoria Geral do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA**.

ARTIGO 25º O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE COMITÊ DE COMPLIANCE – CC

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO COMITÊ DE COMPLIANCE - CC												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CC												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

4.1.24. OUTRAS COMISSÕES

Conforme Item **PARÂMETROS PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO** do EDITAL, a íntegra das comissões citadas poderá ser implementadas conforme demanda da Instituição.

O INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC, apresentará possíveis comissões que poderão fazer parte da rotina de gestão do **HERSO.**

São elas:

COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A Educação em Saúde e capacitação, conhecido tecnicamente como Educação Permanente em Saúde é caracterizada como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o ato de aprender e o ato de ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Este modelo de educação se baseia na sensibilização dos profissionais e na possível transformação das práticas profissionais numa intensa vertente educacional.

A educação permanente é um modelo de aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho. No contexto em que se insere este modelo, faz-se necessário definir melhor os conceitos de educação permanente e continuada, não como antagônicos no sistema, mas como processos que afiram especificidades pela relação ensino/aprendizagem.

A proposta de educação permanente em saúde na perspectiva de transformação ocorre por meio da articulação entre a teoria e a prática realizada pelos sujeitos-trabalhadores, mediada por políticas institucionais que amparem estas ações. As possibilidades de mudanças através das ações de educação permanente em saúde podem constituir-se em formas de transcender aos modos tradicionais de educação ao preconizar-se atividades educativas inseridas nos contextos histórico, social, econômico, político e ético.

A sensibilização dos colaboradores tem por objetivo apresentar a reflexão da importância de trabalhar em equipe, de construir hábitos de tal forma os próprios trabalhadores possam posicionar-se como sujeito de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Dentre as competências instituídas nas Diretrizes Curriculares necessárias para o exercício da enfermagem, destaca-se: a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento, educação permanente e liderança, competência a qual se dará ênfase no estudo em questão.

A liderança representa o processo de influenciar as pessoas a atuar de modo ético-profissional, exigindo a construção de laços de confiança, a fim de que se possa trabalhar em conjunto, com o intuito de alcançar objetivos em comum. No processo de trabalho da enfermagem, a liderança representa um instrumento gerencial indispensável, pois se encontra tangenciando a rede das relações humanas do enfermeiro ao coordenar uma equipe de trabalho, além de contribuir na tomada de decisões e no enfrentamento de conflitos.

A competência para liderar, assim como as outras, devem ser desenvolvidas nas Instituições de Ensino Superior (IES) e aprimoradas ao longo da vida profissional e, portanto as escolas e instituições hospitalares têm cada uma um papel fundamental nesse processo, a primeira na formação e a segunda na educação contínua do profissional, conforme reconhecido e preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente.

A necessidade da intervenção do **INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC** como articuladora de aproximação de entidades educacionais junto a Unidade intervindo na formação para os profissionais com sua melhor qualificação profissional ao âmbito do HERSO, construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos.

Neste tópico iremos apenas colocar de forma objetiva e didática os objetivos da educação permanente da equipe interdisciplinar dividido por seguimento profissional.

A **COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE–CEPS**, constitui a estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. A definição da Portaria 198/GM/MS apresenta a Educação Permanente como política de governo para aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e instituições de trabalho, contemplando a grande estrutura que é o Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de sua consolidação, bem como de sua qualificação, uma vez que esta só é possível através da educação permanente de seus recursos humanos.

➢ COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE–CEPS

A estrutura organizacional será constituído por:

I. Coordenador do NEP;

II. Assessoria Técnica para ações de Integração Ensino-Serviço-Comunidade;

III. Assessoria Técnica para ações de qualificação e formação dos Trabalhadores e Gestores do do HERSO;

IV. Assessoria Técnica para análise de Projetos de Ensino Pesquisa e Extensão no âmbito da SES/GO;

V. Assessoria Técnica para apoio logístico e matricial às ações do NEP.

OBJETIVOS DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE–CEPS

Identificar, caracterizar e analisar as atividades educativas a serem desenvolvidas com profissionais de saúde do HERSO, à luz das concepções de integralidade, trabalho em equipe e sua formação.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE–CEPS

CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES.

ARTIGO 1º - O presente Regimento tem por finalidade estabelecer a organização e funcionamento da CEPS, do HERSO.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

ARTIGO 2º - O Comissão de Educação Permanente em Saúde (CEPS) do HERSO tem como objetivos:

I. 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 SUS para implementação de Políticas Públicas e melhorias nos indicadores de Saúdedo Município;

II. Proporcionar Atenção Integral à Saúde de forma qualificada e Humanizada aos usuários da Rede SUS, garantindo o que rege a Lei 8080 no que se refere à promoção, proteção e recuperação da Saúde;

III. Fortalecer o processo de integração Ensino-Serviço-Comunidade, contemplando Ensino, Pesquisa e Extensão visando a melhoria no âmbito Assistencial e de Gestão, considerando as linhas de cuidado preconizadas pelo Ministério da Saúde;

IV. 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 e Educação na Saúde como Políticas Indutoras Interministeriais (Ministérios da Saúde e da Educação);

V. Promover programas educacionais que envolvam trabalhadores, usuários e instituições parceiras do município, fomentando e assegurando estratégias deeducação permanente, visando o caráter pedagógico e habilidades técnico- científicas de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização;

VI. Estimular o desenvolvimento e divulgação da produção científica, tecnológica e cultural

dos profissionais da Rede SUS;

VII. Subsidiar a elaboração e implantação de cursos de capacitação, treinamento e especialização, considerando o número de profissionais desta Secretaria, assim como suas especialidades em todos os Níveis de Atenção à Saúde;

VIII. Colaborar no desenvolvimento de projetos interinstitucionais de cunho social e acadêmico, com envolvimento de profissionais desta Secretaria;

IX. Avaliar e deliberar sobre a realização e/ou participação em cursos/capacitações, bem como a viabilidade da participação dos Servidores desta Secretaria em eventos acadêmicos e científicos.

ARTIGO 3º - A COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – CEPS tem como finalidades:

I. Qualificação do trabalhador para a formação e transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços, equidade no cuidado e ao acesso aos serviços de saúde ofertados pela SES/GO;

II. Inserção dos trabalhadores e da comunidade nas atividades educacionais e sociais desenvolvidas pela gestão do HERSO, de forma transparente e democrática;

III. Fortalecimento das ações de integração Ensino-Serviço-Comunidade, considerando também as relações entre formação e gestão proativa, desenvolvimento institucional e Controle Social em Saúde e Educação;

IV. Intervenção setorial de forma coordenada e planejada das estratégias de formação no campo da educação contínua dos trabalhadores, considerando o **ARTIGO** 200 da Constituição Federal, as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Decreto 7.508 e do Plano de AçãoRegional para a Educação em Saúde (PAREPS).

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

ARTIGO 4º - O CEPS reger-se-á por este Regimento, que deve ser aprovado através de Resolução da Diretoria Geral do HERSO e encaminhado para conhecimento à SES/GO.

ARTIGO 5º - A estrutura organizacional permitirá a coordenação, planejamento e execução das atividades inerentes ao CEPS, que será constituído por:

I. Coordenador do CEPS;

II. Assessoria Técnica para ações de Integração Ensino-Serviço-Comunidade;

III. Assessoria Técnica para ações de qualificação e formação dos Trabalhadorese Gestores do HERSO;

IV. Assessoria Técnica para análise de Projetos de Ensino Pesquisa e Extensão no âmbito da SES/GO;

V. Assessoria Técnica para apoio logístico e matricial às ações do CEPS.

Parágrafo Único: O COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – CEPS terá suas atividades, bem como a equipe de profissionais, diretamente vinculados ao DGRTS, e seus integrantes devem ser nomeados em portaria com publicação no Diário Oficial do Município, sendo tais cargos ocupados por profissionais com expertises na área da Educação e Saúde e que sejam servidores do HERSO.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

ARTIGO 6º - O Coordenador da COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – CEPS será responsável pelo planejamento, coordenação e controle de todas as atividades inerentes aos objetivos do CEPS, como:

I. Coordenar e monitorar a programação relacionada à Educação Permanente dos colaboradores do HERSO;

II. Acompanhar projetos interinstitucionais e elaborar relatórios quadrimestrais e encaminhar a Diretoria da unidade;

III. Acompanhar as ações de Educação Permanente em Saúde e Educaçãocontinuada envolvendo Profissionais da unidade;

IV. Oficializar e acompanhar as pesquisas envolvendo seres humanos, ou não, desenvolvidos nas dependências do HERSO;

V. Acompanhar e assessorar os processos de nivelamento, introdutórios, capacitações, treinamentos e formação para trabalhadores no âmbito da Rede SUS;

ARTIGO 7º - Compete à Assessoria Técnica para ações de Integração Ensino-Serviço-Comunidade:

I. Articular ações Interinstitucionais envolvendo as Instituições formadoras de nível Técnico e Superior na área da Saúde;

II. Elaborar projetos interinstitucionais que contemplem os problemas e as necessidades

indicadas pela Gestão do HERSO Rede SUS e Controle Social implementação das linhas de cuidado preconizadas pelo Ministério da Saúde;

III. Orientar, acompanhar, analisar e emitir parecer técnico a respeito dos Termos de Cooperação Técnica e Termos de Convênio celebrados entre o HERSO e as Instituições formadoras de nível Técnico e Superior na área da Saúde;

IV. Acompanhar e monitorar a realização das atividades de Ensino (aulas práticas, estágios curriculares obrigatórios e visitas Técnicas) no HERSO;

ARTIGO 9º - Compete à Assessoria Técnica para ações de qualificação e formação dos Trabalhadores e Gestores do HERSO:

I. Mapear necessidades de formação e qualificação dos trabalhadores do HERSO;

II. Manter atualizada planilha com quadro de colaboradores do HERSO;

III. Acompanhar e monitorar projetos interinstitucionais para qualificação de gestores e colaboradores do HERSO em consonância com a Política Nacional da Educação Permanente em Saúde;

IV. Avaliar e deliberar as solicitações para liberações para eventos técnico-científico que contribuam na formação do trabalhador, favorecendo a qualidade do serviço prestado à comunidade;

V. Acompanhar e monitorar a realização das atividades de Formação e qualificação dos colaboradores do HERSO;

ARTIGO 10º - Compete à Assessoria Técnica para análise de Projetos de EnsinoPesquisa e Extensão no âmbito do HERSO.

I. Construir e/ou monitorar projetos interinstitucionais que envolvam Ensino, Pesquisa e Extensão e inovação tecnológica e científica;

II. Emitir parecer técnico, declaração de anuência e autorização para a realização de projetos de pesquisa e extensão a serem realizados no âmbito da unidade;

III. Zelar pelo cumprimento das normas estabelecidas para a realização de projetos de Pesquisa e Extensão;

IV. Avaliar, acompanhar e monitorar a propostas de projetos que envolvam ensino, pesquisa e extensão na unidade;

V. Fomentar e colaborar para o aprimoramento dos Projetos de Pesquisa de forma articulada com Instituições de Ensino na área da Saúde.

ARTIGO 11º - Compete à Assessoria Técnica para apoio logístico e matricial às ações doCEPS:

I. Contribuir com a Assessoria Técnica para ações de Integração Ensino-Serviço- Comunidade com elaboração e manutenção de banco de dados com informações atualizadas acerca das parcerias interinstitucionais (**ISAC-** HERSO /Instituições de Ensino);

II. Contribuir com a Assessoria Técnica para ações de qualificação e formação dos COLABORADORES do HERSO com elaboração e manutenção de banco de dados com informações atualizadas acerca do quantitativo de colaboradores e necessidades de formação na unidade;

III. Contribuir com a Assessoria Técnica para análise de Projetos de Ensino Pesquisa e Extensão no âmbito do HERSO com elaboração e manutenção de banco de dados com informações atualizadas acerca dos projetos de pesquisa eextensão desenvolvidos na unidade, no que se refere à Tema, objetivos e local da pesquisa;

IV. Mobilizar os colaboradores para a execução das ações de Educação Permanente;

V. Viabilizar espaços físicos, juntamente com os demais membros da equipe do NEP, para realização de eventos científicos, processos de qualificação e reuniões técnicas.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 12º - Como normas e rotinas do Comissão de Educação Permanente:

I. As ações e estratégias de Educação Permanente desenvolvidas no âmbito da unidade serão acompanhadas e monitoradas pelo CEPS, de acordo com as atribuições da equipe, independente se realizadas pela própria instituição ou em alguma parceria com empresas privadas ou Instituições de Ensino Superior;

II. O CEPS também irá acompanhar e monitorar as atividades acadêmicas referentes à Ensino, Pesquisa e Extensão desenvolvidas no âmbito da unidade por IES parceiras. No que se refere à pesquisa, essas deverão obedecer aos critérios da Resolução 466/2012 do CNS que trata de pesquisas envolvendo seres humanos;

III. As ações referentes à macro projetos interinstitucionais e intersetoriais, que envolvem fomento Ministerial (Ministérios da Saúde e Educação) deverão ser apreciados e aprovados pela **SES/GO**.

ARTIGO 13º Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da NIR e submetidos à apreciação final da Diretoria Geral do HERSO.

ARTIGO 14º O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE– CEPS

ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CEPS	■											
Revisão do Regimento Interno		■										
Reuniões Ordinárias		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atas das Reuniões		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Resultados Positivos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

4.1.25. Núcleo de Educação Permanente

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se configura como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações.

A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais a partir dos problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho, das reflexões e problematizações produzidas nesse processo.

Dessa forma, a Educação Permanente em Saúde revela-se importante prática de ensino aprendizagem e estratégia potente para qualificar as práticas de cuidado, fortalecer os processos de gestão e participação social.

Deve embasar-se num processo pedagógico que parte do cotidiano do trabalho envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos. As mudanças na gestão e na atenção ganham maior

efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que celebram entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

O **Núcleo de Educação Permanente (NEP)** proposto para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** deve se constituir como espaço de saber interinstitucional de formação, qualificação profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde na instituição.

MINUTA DE REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - O Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS – do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA – HERSO** foi criado, estruturado, e organizado através do ofício XXXX, de XX de XXXX de 2023.

Art. 2º - A formação do NEPS no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tem como objetivos básicos:

I) Promover programas de formação e qualificação Profissional de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente, instituída pelas Portarias GM/MS nº 198/2004 e nº 1.996/2007 (PCR nº 2, 2017), considerando as necessidades de cada setor/serviço;

II) Ser um núcleo multiplicador e estimular a criação de equipes multiplicadoras do conhecimento em cada serviço/setor;

III) Identificar profissionais com experiência prática e/ou teórica em temas pertinentes para o serviço, criando a possibilidade de compartilhamento de saberes, conhecimento e conteúdo relevante para outros profissionais da unidade, potencializando a capacidade educacional de cada unidade de saúde;

IV) Desenvolver e aprimorar, de forma participativa e multiprofissional as ações de educação de acordo com o perfil assistencial da Instituição e voltadas para as necessidades dos usuários.

Art. 3º - A formação do NEPS no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tem como atribuições específicas:

I) Participar das reuniões do Grupo de Trabalho de Integração dos Centros de Estudos e Aperfeiçoamento e Núcleo de Educação Permanente sob coordenação da **Secretaria de Estado de Saúde Pública – SES-GO**;

II) Elaborar o Plano de Educação Permanente do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA – HERSO** contendo as capacitações, treinamentos e todas as atividades de qualificação profissional, planejadas em conjunto com os coordenadores responsáveis pelos diferentes setores/serviços da instituição. O Plano de Educação Permanente deve ser elaborado anualmente, orientado e validado previamente pela **Secretaria de Estado de Saúde Pública – SES-GO**;

III) Ao final de cada ano deverá ser encaminhado à **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** um consolidado sobre a execução das ações do Plano de Educação Permanente do referido ano;

IV) Responder a todas as demandas da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**r eferentes aos processos de formação, educação permanente e pesquisa na unidade;

V) Manter profissionais capacitados e atualizados, oferecendo cursos, treinamentos e ações de educação permanente. A **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** poderá, a qualquer momento, solicitar a capacitação específica em alguma área;

VI) Treinar e capacitar continuamente à equipe na boa prática da utilização dos equipamentos, visando melhorar os processos e procedimentos e minimizar prejuízos ao usuário;

VII) Facilitar, participar e apoiar programas de residência médica e multiprofissional assim como programas de estágio curriculares e extracurriculares conforme legislações vigentes e orientações da **Secretaria de Estado de Saúde Pública – SES-GO**;

VIII) O NEP deve trabalhar de forma integrada com os Centros de Estudos e Aperfeiçoamento das unidades, quando houver.

Art. 4º - O NEPS é um núcleo permanente, devendo atuar como órgão de assessoria e subordinação à Diretoria Assistencial, com autonomia plena para decidir sobre assuntos e traçar metas que, direta ou indiretamente, estiverem relacionadas com as ações de educação permanente em saúde.

Art. 5º - As decisões emanadas do NEPS serão encaminhadas aos gestores competentes do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** para providências subsequentes.

Paragrafo único - As diretrizes para as ações de controle de educação permanente no **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA – HERSO** serão implementadas pelos membros do NEPS.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 6º - O NEPS será nomeado pela Diretoria do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** através de Ofício, e será assim constituída:

I) Equipe mínima de 04 profissionais, sendo 01 coordenador.
II) Representante da área Assistencial;
III) Representantes da Educação Permanente
IV) Colaboração da Divisão de Gestão de Pessoas.

Art. 7º - Na primeira reunião do Núcleo, os membros escolherão entre eles um (a) coordenador (a) e um (a) secretário (a).

Goiásgrafo único. Caso não haja consenso entre os membros, quanto à escolha da coordenação e do secretariado, a escolha poderá ocorrer por votação ou por indicação da Diretoria, cabendo ao NEPS optar pelo método.

Art. 8º - O NEPS poderá convidar membros do corpo e/ou unidades de apoio para participarem de suas reuniões sempre que o momento exigir parecer especializado e/ou específico atuando estes membros como Consultores.

Art. 9º - Os membros do NEPS terão mandato permanente.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 10º Compete ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS:

I) Levantar as necessidades e demandas de ofertas de formação e qualificação profissional, com vistas à melhoria do processo de trabalho e fortalecimento da integração ensino-serviço no âmbito do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**
II) Apoiar a elaboração de processos de qualificação profissional e formação em saúde favorecendo a construção de metodologias que propiciem a integração ensino, pesquisa, extensão, serviço e controle social;
III) Desenvolver conjuntamente com as áreas de Gestão de Pessoas, Gerência Administrativa, Gerência de Enfermagem e a Equipe Multiprofissional, ações educacionais para capacitação e desenvolvimento do público interno;
IV) Acolher os trabalhadores que ingressarem no quadro de profissionais da instituição;
V) Elaborar programas e projetos educacionais em conjunto com as unidades operacionais do hospital;

VI) Promover o inter-relacionamento com as diversas áreas profissionais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

VII) Propor ações educativas de apoio às equipes multiprofissional es envolvidas em atividades de ensino, pesquisa e extensão;

VIII) Zelar pelo cumprimento das normas e padrões estabelecidos pelo NEPS;

IX) Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

X) Apoiar os profissionais de saúde em seus processos de trabalho assistencial no monitoramento e avaliação das ações de saúde e de educação permanente;

XI) Elaborar projetos a partir das necessidades do serviço e do planejamento participativo, promovendo espaços de discussão e de qualificação profissional contribuindo para alcance das metas institucionais;

XII) Apoiar os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções, no planejamento e desenvolvimento de ações.

XIII) Estabelecer parcerias com instituições públicas e/ou privadas, para fins de aprimorar os processos de Educação Permanente em Saúde dos empregados públicos, dos residentes, dos alunos de graduação e dos funcionários terceirizados;

XIV) Propor a implantação de cursos de capacitação, de atualização, de aperfeiçoamento e de pós-graduação lato e stricto sensu, com o apoio e participação da Educação Permanente e o Setor de Gestão do Ensino;

XV) Propor parceria com instituições públicas e/ou privadas, para fins de organização de eventos Científicos que contribua com o processo de Educação Permanente em Saúde, dos empregados, dos residentes, dos alunos de graduação e dos funcionários terceirizados, com o apoio e a participação da Direção e o Setor de Gestão do Ensino;

XVI) Apoiar intercâmbio, cooperação, convênios com instituições de ensino superior, empresas e órgãos nacionais e internacionais, visando a melhoria continua dos processos de capacitação nas áreas: médica, assistencial, administrativa, terceirizada e residentes, sempre com o apoio e participação da Direção Institucional.

CAPÍTULO IV
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 11º - São atribuições específicas da Direção do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

I) Constituir formalmente o NEPS;

II) Nomear os componentes do NEPS por meio de ato próprio;

III) Propiciar infraestrutura necessária à correta operacionalização do NEPS;
IV) Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno do NEPS.

Art. 12º - São atribuições específicas do (a) Coordenador (a):
I) Representar o NEPS;
II) Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
III) Despachar expedientes e subscrever documentos do NEPS;
IV) Dirigir os trabalhos do NEPS;
V) Assessorar o NEPS com relação às diretrizes da administração;
VI) Comunicar a destituição dos membros, caso seja de forma espontânea, à Diretoria;
VII) Cumprir e fazer cumprir as atribuições descritas aos membros;
VIII) Distribuir as tarefas para os membros do NEPS;
IX) Avaliar periodicamente o desempenho dos membros do NEPS, em todas as tarefas que lhe forem atribuídas.

Art.13- São atribuições do Secretário (a):
I) Registrar em ata as resoluções do NEPS;
II) Manter arquivo da documentação;
III) Providenciar material bibliográfico para as reuniões;
IV) Protocolar documento em nome do NEPS;
V) Encaminhar o cronograma de reuniões e atas à Diretoria.

Art. 14º - Caberá a todos os Membros (titular e suplente) do NEPS:
I) Aprovar o calendário de reuniões anualmente;
II) Comparecer às reuniões e participar das discussões, apresentando sugestões;
III) Executar todas as tarefas que lhes forem atribuídas pelo (a) coordenador (a) no prazo de cinco (5) a sete (7) dias, dependendo da complexidade;
IV) Manter informado de todas as ações, as deliberações e as tarefas que são desenvolvidas no âmbito do NEPS;
V) Encaminhar ao NEPS assuntos que envolvam desenvolvimento e capacitação de pessoal;
VI) Auxiliar na realização de práticas que envolvam o NEPS;
VII) Assinar e dar ciente em toda a documentação postada ou em qualquer outro meio de comunicação, sempre que for solicitado (a);
VIII) Justificar qualquer ausência no prazo de 24 horas anteriores à reunião e/ou tarefa a ser realizada e comunicar a coordenação ou ao secretário (a), que deverá registrar a ausência no relatório;
IX) Apresentar proposições sobre as questões atinentes às suas atribuições;

X) Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas;

XI) Comparecer às reuniões e participar das discussões, apresentando sugestões;

XII) Executar tarefas acordadas previamente;

XIII) Colaborar no processo de implementação, monitoramento e avaliação das ações e projetos do Núcleo;

XIV) Organizar e supervisionar a realização de oficinas, mostras e eventos propostos pelo Núcleo;

XV) Manter presença e participação efetiva nas reuniões periódicas e nas atividades propostas e desenvolvidas pelo Núcleo.

CAPÍTULO V
DAS REUNIÕES

Art. 15º – As reuniões ordinárias do NEPS serão realizadas quinzenalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos.

Art. 16º - As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo (a) Coordenador (a) ou a pedido de qualquer membro do NEPS.

Art. 17º – Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer um dos membros do NEPS.

Art. 18º - O NEPS poderá incluir em suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 19º - O NEPS deliberará com quórum mínimo de 50% (cinquenta por cento) dos membros mais 1 (um).

Art. 20º - De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença, anexado cópia e encaminhado à Diretoria

Art. 21º - Os membros do NEPS que faltarem a três (3) reuniões consecutivas, injustificadamente, poderão ser considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado à diretoria.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22º - Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do NEPS, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 23º - Os casos omissos serão resolvidos em reunião do NEPS, com a participação da diretoria.

Art. 24º - O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Goiás – PA, XX de XXXXXXXXX de 2023.
HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DO NEP

ATIVIDADES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Definição dos Membros												
Aprovar Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Formação da equipe técnica responsável pela condução do processo de elaboração do plano												
Seleção de problemas prioritários e Elaboração de Objetivos e Metas												

Desenvolvimento de atividades de treinamento para funcionários												
Coordenação de palestras, cursos internos e externos												
Divulgação e incentivo para a participação em eventos como congressos, oficinas e simpósios												
Composição do Relatório do Plano de EPS												
Monitoramento e Avaliação												

4.2. Qualidade Subjetiva

4.2.1. Acolhimento Humanizado

Acolhimento Humanizado

O ACOLHIMENTO é uma prática que deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, podendo acontecer de várias formas. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética voltada ao direito e à solidariedade humana (humanização).

Para acolher os usuários nos serviços de saúde, seja Atenção Básica, especializada, Urgência e Emergência e Assistência Hospitalar é necessário assumir uma postura capaz de escutar com interesse e dar respostas mais adequadas às necessidades referidas. Realizar

acolhimento não é ato restrito à recepção da unidade na resolução de problemas de demanda diária. Deve ocorrer em todo e qualquer contato com o usuário e estar interiorizado por todos os profissionais da saúde. Um acolhimento planejado e bem realizado pode ser entendido como uma atitude tecnológica do cuidado, que reorganiza o processo de trabalho dos serviços e das equipes de saúde com direcionamentos utilizando novos modos de receber e escutar os usuários.

Acolhimento é uma diretriz da **Política Nacional de Humanização (PNH),** que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, considerando essa dimensão, alude o Marco Teórico-Político da **Política Nacional de Humanização**:

> ***"Assim, tomamos a humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo".***

PROPOSTAS PARA O ACOLHIMENTO HUMANIZADO

- Capacitar e reestruturar as equipes continuamente, envolvendo todos os setores, assegurando uma comunicação efetiva e direcionamentos adequados, contribuindo para avaliação e diagnóstico precoce das vulnerabilidades.
- Envolver a equipe multiprofissional em todo o processo de cuidado;
- Gerenciar as queixas dos usuários, entendendo como processo democrático, valorizando e implementando ações instrumentalizadas para melhoria;
- Instrumentalizar a unidade hospitalar, capacitando os profissionais para o registro, análise e diagnóstico, identificando alcances e limites, problemas e potencialidades.
- Usar a ferramenta padronizada pela equipe de apoio técnico;
- Revisar periodicamente o fluxo geral de atendimento, com adequações pertinentes para melhoria da assistência;
- Fortalecer o vínculo entre o usuário e a unidade;

- Direcionar o usuário a partir da escuta qualificada realizada pela técnica acolhedora para setores ou espaços distintos.

Considerando, em síntese, que o **acolhimento humanizado** é uma abordagem que valoriza o cuidado centrado no paciente, considerando suas necessidades físicas, emocionais e sociais, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, propõe fortalecer o estabelecimento de uma relação de confiança entre o paciente e a equipe de saúde, buscando proporcionar um ambiente acolhedor e seguro para que ele se sinta confortável e amparado durante o período de internação.

Isso envolve desde a recepção inicial, passando pela avaliação da condição de saúde, planejamento do tratamento e acompanhamento até a alta hospitalar. O acolhimento humanizado também busca respeitar a individualidade do paciente e garantir que ele seja tratado com dignidade e respeito, contribuindo para a sua recuperação mais rápida e eficaz.

4.2.1.1. Acolhimento dos Pacientes na Urgência da Unidade – Demanda Espontânea e Referenciada

A Classificação de Risco é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada. São observados aqueles que têm sinais de maior gravidade, aqueles que têm maior risco de agravamento do seu quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estão mais frágeis.

O objetivo do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** é fortalecer a rede assistencial em Humanização, estimulando a aplicação dos dispositivos disponíveis como instrumentos de ação. O Acolhimento com Classificação de Risco é um desses importantes dispositivos, devendo ser implantados integralmente no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

A Classificação de Risco é feita por enfermeiros, de acordo com critérios pré-estabelecidos em conjunto com os médicos e os demais profissionais. A classificação de risco não tem como objetivo definir quem vai ser atendido ou não, mas define somente a ordem do atendimento. Todos são atendidos, mas há atenção ao grau de sofrimento físico e psíquico dos usuários e agilidade no atendimento a partir dessa análise.

É preciso que a equipe de saúde se reúna para discutir como está sendo feito o atendimento no serviço: qual o "caminho" do usuário desde que chega ao serviço de saúde, por onde entra, quem o recebe, como o recebe, quem o orienta, quem o atende, para onde ele vai depois do atendimento, enfim, todas as etapas que percorre e como é atendido em cada uma dessas etapas.

Essa discussão com toda a equipe vai mostrar o que pode ser mudado para que o usuário seja melhor acolhido. Assim, a partir dessa reunião pode haver mudanças na entrada, na sala de espera, por exemplo, para que haja um profissional de saúde que acolha o usuário antes da recepção, forneça as primeiras orientações e o encaminhe para o local adequado. A recepção também pode mudar, utilizando-se a classificação de risco e também um pós-consulta, ou seja, uma orientação ao usuário depois da consulta, a partir do encaminhamento que tiver sido feito na consulta.

É importante ainda ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes de saúde para proporcionar essa escuta qualificada dos usuários, com interação humanizada, cidadã e solidária da equipe, usuários, família e comunidade.

As possibilidades de acolhimento são muitas e o importante é que as melhorias sejam feitas com a participação de toda a equipe que trabalha no serviço de saúde.

Considerando que esta prática pode acontecer sob diferentes maneiras, o acolhimento à demanda espontânea será realizado de acordo com os protocolos e critérios definidos pela **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás a** todos os usuários que procurarem o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** fora das consultas ou das atividades agendadas, com necessidades que não podem ser programadas.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco** é considerado o protocolo mais utilizado nas emergências de todo país; possui como objetivo solucionar os problemas de triagem e acolhimentos no setor da emergência, organizado por cores específicas que classificam o grau de urgência para o atendimento.

Buscando um melhor atendimento e uma melhor organização, o Ministério da Saúde editou a **Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002**, recomendando como atividade prática o **Acolhimento e Triagem de Risco**, visando a organização e normatização dos serviços

de urgência e emergência, permitindo melhor organização na assistência, articulando serviços, restabelecendo a equidade e integralidade no atendimento prestado, que visa promover o atendimento a toda população a qual procura os serviços de saúde, acolhendo com a intenção de solucionar seus problemas.

Considerando o ACCR um modelo de escuta, dando atenção às queixas do paciente, saciando suas dúvidas perante o tempo de acolhimento, transmitindo informações necessárias para suas finalidades, avaliando e direcionando para o serviço de urgência e emergência que se encaixa melhor em suas necessidades e diversidades encontradas durante o acolhimento, utilizando da metodologia já empregada, a qual os protocolos de urgência e emergência o direciona especificamente ao seu propósito de atenção à saúde.

De acordo com a Portaria, esse processo "deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento" (BRASIL, 2002).

O **Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR** se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização. A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

Os resultados esperados com a implantação da classificação de risco com acolhimento são:

- Diminuir mortes evitáveis.
- Extinguir a triagem por funcionário não qualificado.
- Priorizar de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada.
- Criar a obrigatoriedade de encaminhamento responsável, com garantia de acesso à rede.
- Aumentar a eficácia do atendimento.
- Reduzir o tempo de espera.
- Detectar casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado.
- Diminuir a ansiedade do usuário, acompanhantes e funcionários.
- Aumentar a satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais.
- Padronizar dados para estudo e planejamento de ações.

Na Classificação de Risco, os pacientes são avaliados pela equipe de Enfermeiros habilitados em Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) através da utilização de protocolos pré-estabelecidos, priorizando o atendimento médico por gravidade do caso e não por ordem de chegada.

Após a classificação de risco, os pacientes serão identificados segundo o grau de gravidade, representado pelas cores **Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul**. Os usuários classificados como **Vermelho** terão atendimento imediato, e os classificados como **Laranja, Amarelo, Verde** e **Azul** serão encaminhados para a sala de espera, sendo garantido o atendimento por escala de prioridade.

Para a organização dos espaços e seus usos e para a clareza no entendimento, a composição espacial sugerida é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes e os fluxos de circulação de pacientes e acompanhantes. A proposta de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte, que chamaremos de eixo vermelho, e o do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, que chamaremos de eixo azul. Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes.

EIXO VERMELHO: Este eixo está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde.

a) Área Vermelha: é nesta área que está a sala de emergência, para atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos;

b) Área Amarela: composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos). Hoje, na maioria das vezes, esses pacientes permanecem na sala vermelha, criando dificuldades para o atendimento dos pacientes que chegam com risco de morte, assim como situações muito desagradáveis para os pacientes já estabilizados;

c) Área Verde: composta pelas salas de observação.
Uma diretriz importante para essas áreas: criar espaços que favoreçam o direito ao acompanhante e a visita. É importante que usuários e visitantes tenham lugares de espera e ambientes de escuta, para que possam aguardar com conforto e receber informações sobre o estado clínico dos pacientes quando não for possível a presença deles junto ao leito.

EIXO AZUL: é o eixo dos pacientes aparentemente não graves. O arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do cidadão e a classificação do grau de risco. Esse eixo é composto por ao menos três planos de atendimento, sendo importante que tenha fluxos claros, informação e sinalização.

a) Plano 1: espaços para acolhimento, espera, recepção, classificação do risco e atendimento administrativo. A diretriz principal, neste plano, é acolher, o que pressupõe a criação de espaços de escuta e de recepção. É também neste plano que está a sala (ou as salas) para classificação de risco, devendo cada uma delas ser ampla o suficiente para facilitar o processo de trabalho e manter fluxo fácil com consultórios e com a área vermelha.

b) Plano 2: área de atendimento médico, lugar onde os consultórios devem ser planejados de modo a possibilitar a presença do acompanhante e a individualidade do paciente. É necessário levar em conta os processos de trabalho, em especial a relação que se estabelece na equipe e é importante que o fluxo contribua para esse funcionamento.

c) Plano 3: áreas de procedimentos médicos e de enfermagem (curativo, sutura, medicação, nebulização). É importante que as áreas de procedimentos estejam localizadas próximas aos consultórios, ao serviço de imagem e que favoreçam o trabalho em equipe. Neste plano, o acompanhante poderá estar presente em todos os momentos, sendo necessário prever espaços internos para espera tanto para eles quanto para os usuários que aguardam diagnósticos e

reavaliações. A sala de sutura deverá ter fácil acesso e estar mais próxima da entrada, evitando que pacientes sangrando tenham que circular por grandes distâncias. As áreas para atendimento pediátrico deverão ser separadas, com a criação de um ambiente lúdico.

Um ponto importante que deve ser ressaltado é a caracterização do espaço por cores, para maior clareza e facilidade na compreensão das áreas, fluxos, seus usos quando as cores escolhidas fazem alguma referência ao sistema adotado na classificação de risco. As cores podem estar como detalhes em faixas, piso, parede do ambiente, contribuindo também para a sinalização e melhor compreensão do usuário.

A elaboração e a análise do fluxograma de atendimento no pronto-socorro, identificando os pontos onde se concentram os problemas, promovem uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho. A ferramenta do fluxograma analisador é bastante útil: trata-se de fazer o desenho dos fluxos percorridos pelos usuários, das entradas no processo, das etapas percorridas, das saídas e dos resultados alcançados, identificando a cada etapa os problemas no funcionamento.

A análise de casos que ilustrem os modos de funcionamento do serviço também é uma ferramenta importante. Ambas promovem a reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia-a-dia. Quando esta elaboração e análise são realizadas conjuntamente por representantes de todas as categorias profissionais que trabalham no serviço, a identificação de problemas torna-se muito mais ampla e as propostas de mudança mais criativas, mais legítimas e mais aceitas.

Uma sugestão para essa análise e construção leva em conta os seguintes fatores:

- Capacidade instalada de acordo com o número de atendimentos diários a serem prestados nestas unidades;
- Horários de pico de atendimentos;
- Fluxos internos, movimentação dos usuários, locais de espera, de consulta, de procedimentos, de reavaliação e "caminhos" entre eles;
- Tipo de demanda, necessidades dos usuários, perfil epidemiológico local.

Figura – Apresentação do Fluxo de Acolhimento com Classificação de Risco

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR CORES

Figura – Tipos de cores e suas correspondências por grau de gravidade

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

O Protocolo de Classificação de Risco por Cores classifica os doentes por cores, após uma triagem baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente, conforme a tabela abaixo:

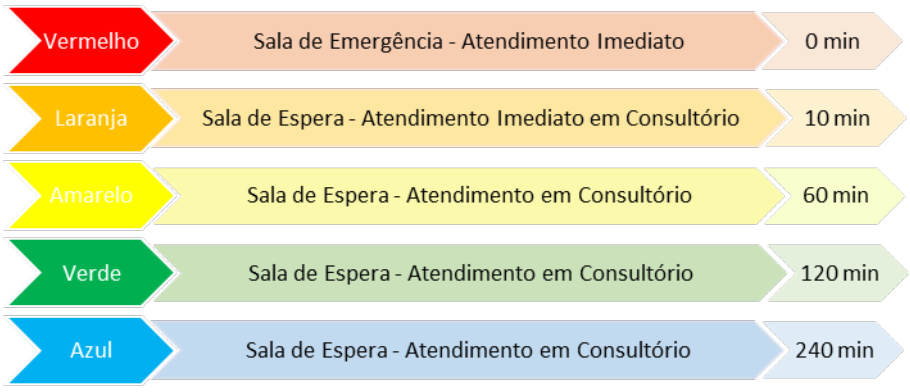
Figura – Tipos de cores, nomes e tempo

	COR	NOME	TEMPO
Primeiro	Vermelho	Emergência	0
Segundo	Laranja	Muito urgente	10
Terceiro	Amarelo	Urgente	60
Quarto	Verde	Pouco urgente	120
Quinto	Azul	Não urgente	240

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

A escolha de uma destas classificações também determina o fluxo interno da unidade, determinando o setor e a priorização do atendimento médico. Eles devem ser da seguinte forma:

Figura – Tipos de Cores, Locais e Tempos



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

CLASSIFICADOR / TOMADA DE DECISÃO

Conforme a lei do exercício profissional, o enfermeiro é o profissional habilitado para a realização da triagem (BRASIL, 2005*). Diante desse cenário e mediante as necessidades de

implantação da classificação de risco na Rede de Atenção à Saúde no Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme a RESOLUÇÃO COFEN Nº 661/2021, que atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco, ressalta:

- No âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão;
- Para executar a Classificação de Risco e Priorização da Assistência, o Enfermeiro deverá ter curso de capacitação específico para o Protocolo adotado pela instituição, além de consultório em adequadas condições de ambiente e equipamentos para desenvolvimento da classificação;
- Para garantir a segurança do paciente e do profissional responsável pela classificação, deverá ser observado o tempo médio de 04 (quatro) minutos por classificação de risco, com limite de até 15 (quinze) classificações por hora;
- O Enfermeiro durante a atividade de Classificação de Risco não deverá exercer outras atividades concomitantemente;
- O procedimento a que se refere esta Resolução deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se as determinações da Resolução Cofen nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS.

A TOMADA DE DECISÃO

A tomada de decisão é parte integrante e importante da prática clínica e de enfermagem. Uma adequada avaliação clínica de um paciente requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais. Assim, como parte de seu processo de aptidão é preciso que você aprenda a interpretar, discriminar e avaliar.

Dessa forma, a tomada de decisão deve ser orientada por 05 (cinco) passos de acordo com este sistema (FREITAS, 1997):

A) Identificação do problema

Realizada mediante a obtenção de informações relacionadas ao próprio paciente, das pessoas que lhe prestaram cuidados e/ou qualquer pessoal de saúde pré-hospitalar.

B) Coleta e análise das informações relacionadas a solução do problema

Uma vez identificando o fluxograma, esta fase se torna menos complexa, pois se podem procurar os discriminadores em cada nível do fluxograma. Os fluxogramas facilitam a avaliação rápida a partir de perguntas estruturadas.

C) Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação

Os enfermeiros obtêm uma grande quantidade de dados sobre os pacientes que observam. Estes são integrados aos fluxogramas, aos quais fornecem o quadro organizacional para a ordenação dos processos do raciocínio para durante a triagem. Ou seja, os fluxogramas integram o processo de tomada de decisão no quadro clínico.

D) Implementação da alternativa selecionada

Os profissionais classificadores aplicam uma das cinco categorias existentes com nome, cor e identificações específicos que melhor se adapta à urgência da condição apresentada pelo paciente.

E) Monitoramento da implementação e avaliação dos resultados

O resultado é identificado a medida em que é identificado em como e quando chegou-se aquela categoria. Isso facilita a reavaliação e posterior confirmação ou alteração da categoria.

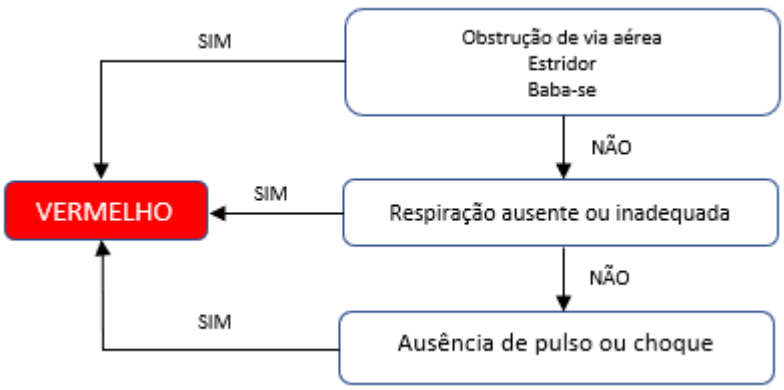
Na **coleta e análise das informações** o destaque é para os discriminadores que são fatores que fazem a seleção dos pacientes, de modo a permitir a sua inclusão em uma das cinco prioridades clínicas. Estes Discriminadores podem ser gerais ou específicos (FREITAS, 1997).

Os discriminadores gerais se aplicam a todos os pacientes, independentemente da condição que apresentam e surgem repetidamente ao longo dos fluxogramas. Os discriminadores específicos nos remetem aos casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a se relacionar com características-chave de condições particulares. Um exemplo: Dor aguda é um discriminador geral, dor precordial e dor pleurítica são discriminadores específicos.

Os discriminadores gerais são: risco de morte; dor; hemorragia; nível de consciência; temperatura e agravamento. Segundo Freitas (1997*), os discriminadores gerais são uma característica recorrente dos fluxogramas e, por essa razão, precisamos entender cada um deles detalhadamente a fim de termos uma boa compreensão do método de triagem. Acompanhe na animação os detalhes de cada um:

- **Risco de Morte** - Este discriminador reconhece que qualquer perda ou ameaça das funções vitais (vias aéreas, respiração e circulação) coloca o paciente no primeiro grupo de prioridades.

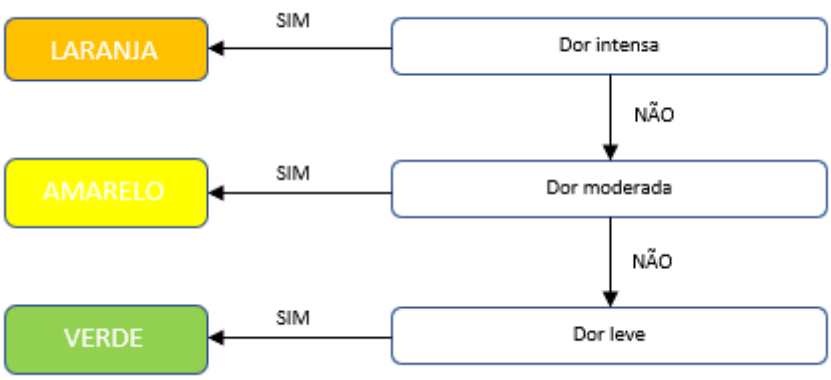
Figura – Discriminador de Risco de Morte



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

- **Dor -** Todas as avaliações de triagem devem incluir uma avaliação da dor. A dor severa indica uma dor intolerável – significativa e insuportável. Qualquer paciente com grau de dor inferior a esta deve, por exclusão - salvo se existirem outros discriminadores que sugiram maior gravidade - no mínimo, ser colocado na prioridade pouco urgente e não na prioridade não urgente.

Figura – Discriminador de Dor

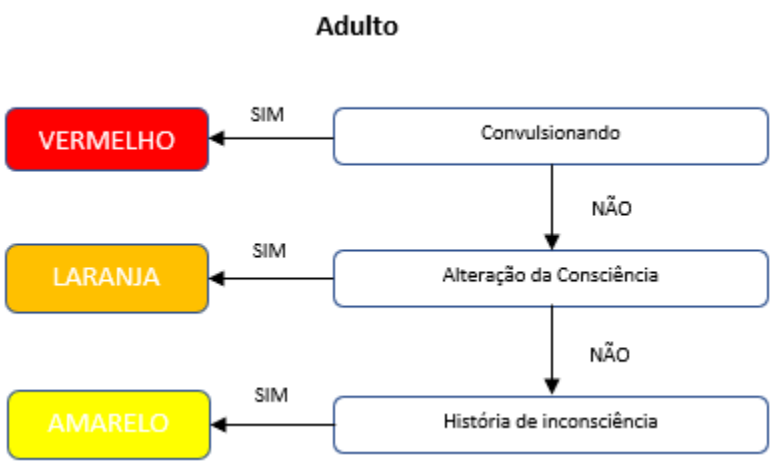


Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

- **Hemorragia -** A hemorragia apresenta-se de várias formas, principalmente, mas não exclusivamente, na que envolve traumatismo. Os discriminadores de traumatismo são: exsanguinante, grande hemorragia incontrolável ou pequena hemorragia incontrolável. A tentativa de controlar com sucesso a hemorragia por compressão determina a gravidade da mesma. De modo geral, uma hemorragia contínua tem maior prioridade clínica. Uma hemorragia que não é controlada pela aplicação depressão direta constante e que continua a sangrar abundantemente ou ensopa rapidamente compressas ou chumaços grandes é descrita como grande hemorragia incontrolável, enquanto que uma hemorragia que continua a sangrar ligeiramente ou intermitentemente é descrita como pequena hemorragia incontrolável. Qualquer hemorragia por menor que seja, deverá - salvo se existirem outros discriminadores que conduzam a uma maior prioridade clínica – merecer, pelo menos, a prioridade urgente.

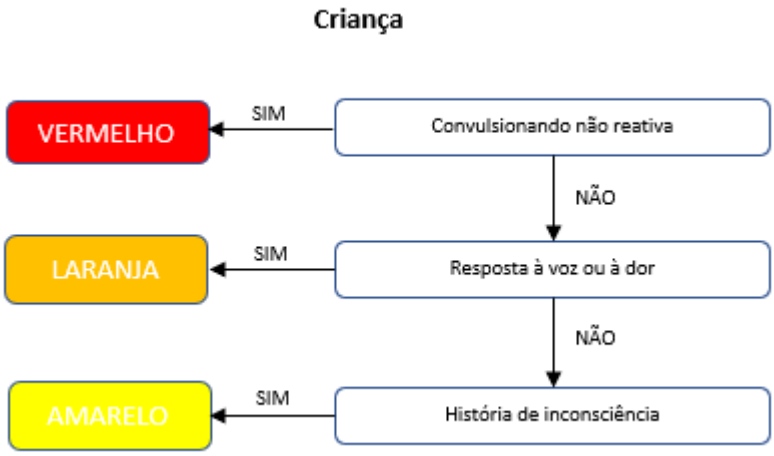
- **Consciência -** O nível de inconsciência é analisado separadamente para adultos e crianças. Nos adultos apenas os pacientes em estado de mal epilético são sempre colocados na categoria de intervenção emergente (vermelho). Os pacientes adultos com grau de consciência alterado (apenas respondem a voz ou a dor pela ECG, ou que não respondem) são incluídos na categoria de muito urgentes. Todos os pacientes com história de alteração do nível de consciência devem ser colocados na categoria urgente.

Figura – Discriminador de Nível de Consciência



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Figura – Discriminador de Nível de Consciência



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

- **Temperatura (T) -** Se o paciente estiver muito quente, com T = ou > de 41ºC, deve receber a categoria muito urgente (laranja); se estiver quente, com T entre 38,5 a 40,9 ºC, deve receber a categoria urgente (amarelo) e, se apresentar a temperatura em torno de 37,5 a 38,4 ºC (febrícula/subfebril), deve receber a categoria pouco urgente (verde). Procuresempre verificar a temperatura timpânica por ser rápida e mais exata. Ver quadro de temperatura.

Figura – Discriminador de Temperatura

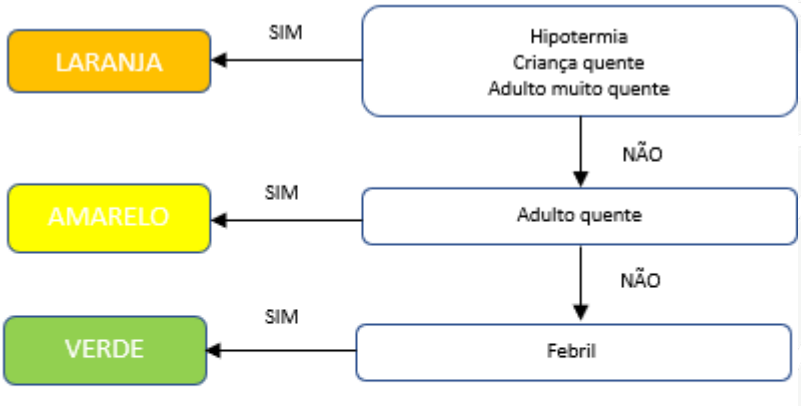
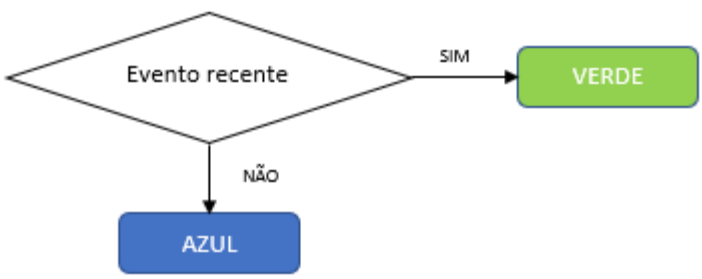


Tabela de Temperatura		
	Adultos	Crianças
Muito quente	≥ 41°C	≥ 39°C
Quente	38,5 – 40,9°C	38,5 – 38,9°C
Febril	37,5 – 38,4°C	37,5 – 38,4°C

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

- **Agravamento -** Para esta avaliação é determinado o tempo de instalação de um problema como forma de enquadrar temporalmente o aparecimento da situação. Assim, avalie se o problema é recente. Se é ou não uma lesão ou ferimento recente, pois um tempo relativamente longo de existência de um problema pode ser incluído **na prioridade não urgente** sem risco clínico.

Figura – Discriminador Agravamento

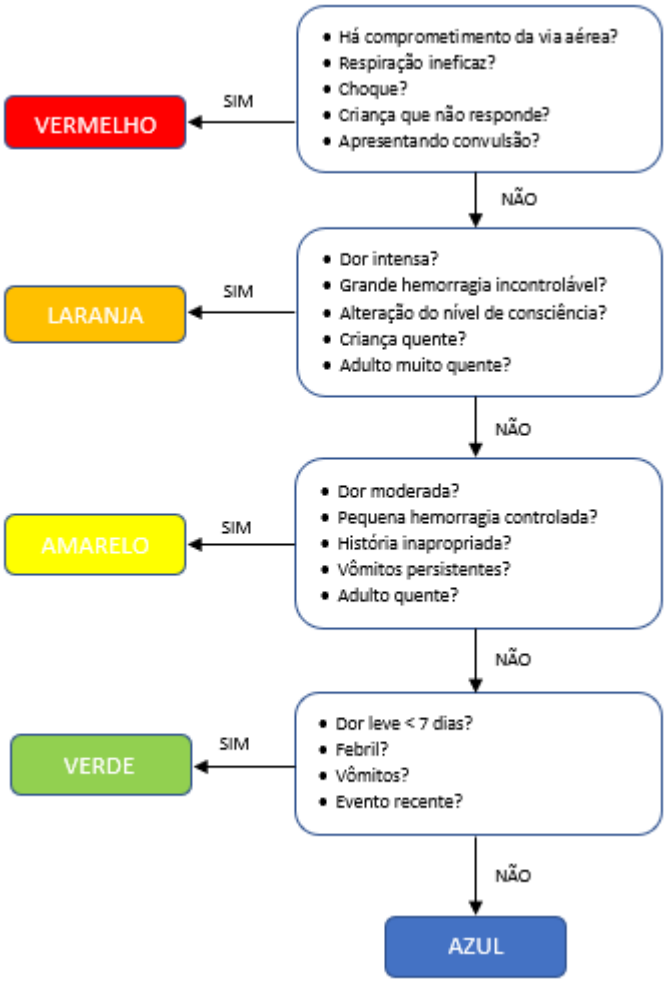


Início da Queixa / Agravamento	
Repentino / Abrupto	Minutos / Segundos
Súbito	≤ 12 horas
Agudo	≤ 24 horas
Recente	< 7 dias
Não recente	≥ 7 dias

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

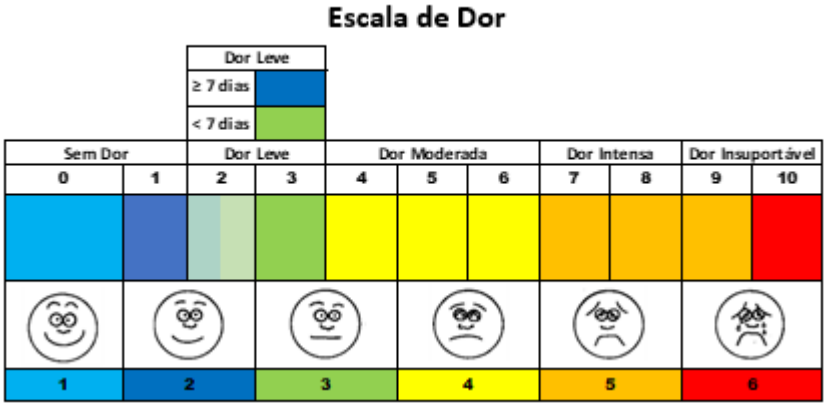
Para podermos entender os discriminadores gerais e os específicos mais comuns, independentemente da condição apresentada, o fluxograma a seguir descreve resumidamente os discriminadores gerais, analise os detalhes:

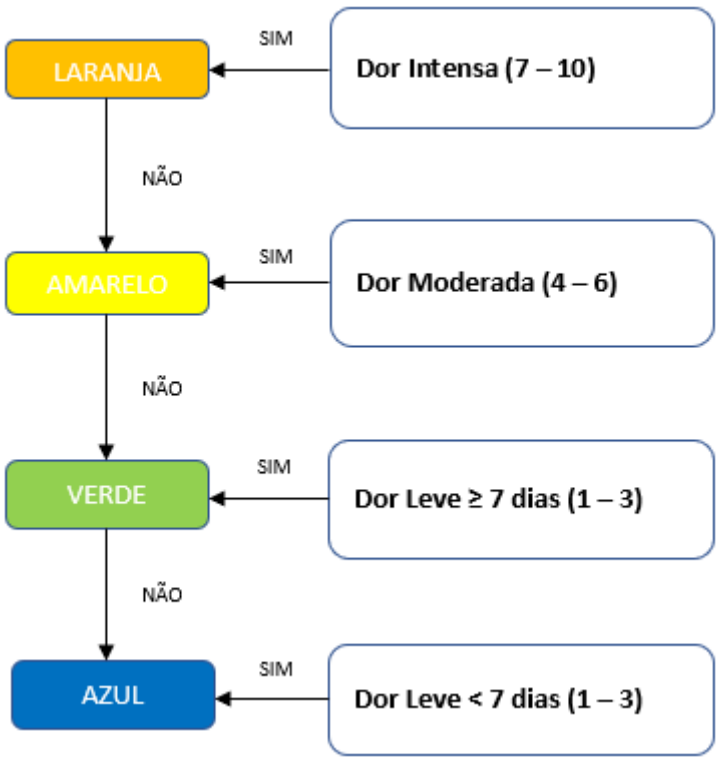
Figura – Fluxograma de Discriminadores



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Figura Escala de Dor





Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Figura Escala de Glasgow

Escala de Glasgow

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	✓ Espontânea	4
	✓ À voz (estímulo verbal)	3
	✓ À dor (estímulo doloroso)	2
	✓ Nenhuma	1
RESPOSTA VERBAL	✓ Orientada	5
	✓ Confusa	4
	✓ Palavras inapropriadas	3
	✓ Palavras incompreensivas	2
	✓ Nenhuma	1
RESPOSTA MOTORA	✓ Obedece comandos	6
	✓ Localiza dor	5
	✓ Movimento de retirada	4
	✓ Flexão anormal	3
	✓ Extensão anormal	2
	✓ Nenhuma	1
RESPOSTA PUPILAR	✓ Nenhuma	2
	✓ Apenas uma reage ao estímulo luminoso	1
	✓ Reação bilateral ao estímulo luminoso	0

A nova escala varia de **1 a 15 pontos**. Sendo a pontuação da **RESPOSTA PUPILAR** subtraída do total encontrado. **(A resposta pupilar deve ser verificada após a avaliação dos três outros fatores).**

Pontuação total: de 1 a 15

- 1 – 2 = Coma profundo; (considerando avaliação de resposta pupilar) *
- 3 = Coma profundo; (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo)
- 4 = Coma profundo;
- 5 - 7 = Coma intermediário;
- 8 - 11 = Coma superficial;
- 12 - 15 = Normalidade.

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

IMPLEMENTAÇÃO DE PROCESSOS DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, EM AMBIENTES ESPECÍFICOS, IDENTIFICANDO O PACIENTE SEGUNDO GRAU DE SOFRIMENTOS OU AGRAVOS À SAÚDE E DE RISCO DE MORTE

O acolhimento é definido como uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** executará o acolhimento com o respeito preconizado nas políticas de humanização do SUS e Classificação de Risco em 100% da demanda, a ser implantado de acordo com a normatização da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.** O acolhimento com classificação de risco deve ser realizado por profissional de saúde

de nível superior mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos. O objetivo é avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.

De acordo com o conselho federal de enfermagem o enfermeiro possui competências legais, determinadas pelo artigo 11, inciso I e alíneas da Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, conforme segue:

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe privativamente:

- Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada e chefia dos serviços de Enfermagem;
- Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;
- Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matérias de Enfermagem;
- Consulta de enfermagem;
- Prescrição da assistência de Enfermagem;
- Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; como integrante da equipe de saúde:
    - Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
    - "Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde".

O Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução 145/95 define **URGÊNCIA** como "ocorrência imprevista de agravo à saúde com sem risco de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata"; **EMERGÊNCIA** como "constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento imediato".

Historicamente existem distorções conceituais e na prática de atendimento no Pronto-Socorro, visto que muitos usuários procuram por atendimento sem estarem com necessidades urgentes e emergentes. Isto tem feito crescer demasiadamente a demanda, consequentemente o tempo de espera aumenta, prejudicando os indivíduos que necessitam de um atendimento

imediato. O sistema local de saúde deve definir o fluxo dos usuários do SUS que necessitam de consultas especializadas e/ou Ambulatoriais desta forma busca- se organizar e reorientar a assistência com a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco sem exclusão. Para isto se faz necessário equipes capacitadas para identificar necessidades e definir prioridades de cada paciente. Esta priorização ou classificação é feita a partir da utilização de protocolo específico de Acolhimento e Avaliação e Classificação de Risco. É importante informar todos os serviços de saúde da região acerca da utilização dessa ferramenta pela instituição no sentido de racionalizar gastos e fazer valer a referência e contra referência, buscando assim fortalecer e consolidar a rede regional de assistência à saúde, cor responsabilizando usuários, trabalhadores e gestores. Assim estaremos HUMANIZANDO o SUS.

Tem como objetivo melhorar o atendimento na Porta de Entrada de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme descritos abaixo:

- Construir instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação por gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências - condições de risco de perder a vida;
- Não se constituir em instrumento de diagnóstico;
- Determinar prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança. Considerar-se-á a expectativa do paciente e seus familiares e o tempo em que intervenção médica possibilitará melhor resultado. Tempo de espera ideal nem sempre pode ser conseguido, mas será estudado para ser alcançado. Reavaliações estão previstas e poderão alterar a classificação;
- Organizar processo de trabalho e espaço físico do Pronto Socorro, diminuir ocorrência de superlotação, informar os pacientes e familiares sobre expectativa de atendimento e tempo de espera;
- Esclarecer à comunidade a forma de atendimento nas urgências e emergências;
- Constituir guia de treinamento das equipes na implantação da Classificação de Risco na porta de entrada de urgência e emergência;
- Avaliar o usuário, logo na sua chegada, identificando, rapidamente, as condições de ameaça à vida e de urgência – 10 minutos após o Boletim de Atendimento;
- Agilizar o atendimento médico e de enfermagem, fazendo com que o usuário;
- Seja visto precocemente, de acordo com sua gravidade, diminuindo os riscos que possam surgir com a espera do atendimento.
- Humanizar o atendimento – Ouvir a queixa, medos e expectativas do usuário;
- Organizar o fluxo dos usuários

- Informar tempo de espera e retornar informações aos familiares;
- Aumento da satisfação dos profissionais e cidadãos, com melhoria das relações interpessoais;
- Padronização de dados para estudo e planejamento de ações;
- Garantia de atendimento em todas as unidades com estabelecimento de atribuições e competências;
- Garantir uma escuta médica permanente a toda demanda de atendimento de urgência;
- Determinar e desencadear a resposta mais adequada a cada caso, evitando intervenções inúteis, hospitalizações desnecessárias;
- Assegurar a disponibilidade dos meios de assistência pública adequada ao estado do paciente, levando em conta o respeito de livre escolha, a grade de regionalização e hierarquização do Sistema. Gerando o acesso aos serviços de urgência de uma maneira eficiente e equânime;
- Primar pelo interesse público (do cidadão);
- Qualificar e ordenar fluxos oferecendo respostas individualizadas, por necessidade, complexidade disponível e proximidade segundo critérios de regionalização;
- Constituir documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência.

RESULTADOS ESPERADOS

Diminuição do risco de mortes evitáveis, extinção da triagem por portaria ou funcionário não qualificado, priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada, aumento da eficácia do atendimento, redução do tempo de espera, detecção de casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado, diminuição da ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais e padronização de dados para estudo e planejamento de ações.

ESTRUTURA NECESSÁRIA

- Pessoal qualificado para realizar o acolhimento.
- Acesso de comunicação direta com a área de Acolhimento.
- A área física deve possibilitar a visão dos que esperam pelo atendimento.
- Disponibilidade de macas e cadeiras de rodas em áreas subjacentes
- Material e equipamento para atendimento de emergência e de urgência.
- Aparelho de glicosímetro, de pressão, estetoscópio, termômetro e monitor de oxímetro de pulso.

- Mobiliário: mesa, cadeiras e escadinha.

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE CLASSIFICAÇÃO

- O Processo de Acolhimento com Classificação de Risco é de responsabilidade privativa do enfermeiro (a);
- Horário: 24h. Haverá uma sala própria para realização do Acolhimento com a Classificação do Risco.
- São consideradas habilidades importantes deste a capacidade de comunicação, paciência, trato, compreensão, discrição, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade. Ainda, boa interação com os profissionais da saúde, pacientes, familiares, polícia, SAMU e Empresas terceirizadas de Atendimento às Urgências.
- O cidadão que chegar ao Pronto Socorro Hospitalar será atendido prontamente pela Equipe de Acolhimento. As emergências irão para sala de sutura e reanimação ou serão priorizadas. Pessoas em situação de urgência serão conduzidas a atendimento médico imediato. Este processo deverá ser feito em até 10 minutos. A Equipe de Classificação receberá o (a) paciente, fará avaliação breve da situação, e a classificará em prioridades, usando protocolo padronizado, registrará a avaliação e encaminhará o (a) paciente ao local de atendimento. Eventuais atrasos serão comunicados. Reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica.

REFERÊNCIAS:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)
- Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, 2009 - Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
- PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

- BRASIL. Parecer Técnico nº 016/2005 do COREN do Distrito Federal. Brasília (DF) 2005. Disponível em: www.corendf.gov.br.
- COFEN. Resolução COFEN Nº 423/2012. Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Disponível em: www.site.portalcofen.gov.br/node/8956.
- FREITAS, P. Triagem no serviço de urgência/emergência: grupo de triagem de Manchester. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ-Publishing Group, 1997. 154p.
- Portal da Sociedade Brasileira para os estudos da dor. Disponível em: www.dor.org.br.
- FREITAS, P. Triagem no serviço de urgência/emergência: grupo de triagem de Manchester. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ-Publishing Group, 1997. 154p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

4.2.1.2. Acolhimento dos Pacientes no Ambulatório e Internação

A partir das premissas de acolhimento apresentadas no preâmbulo desse critério, O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** entende que acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de". Essa atitude implica estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de "estar com" ou "estar perto de", que o acolhimento se comprova como uma das diretrizes de maior relevância ética da Política Nacional de Humanização do SUS.

Dessa forma, o nosso modo de operar os processos de trabalho em saúde é o de atender a todos que procuram o serviço de saúde, escutando cada necessidade de forma a ouvir suas necessidades, assumir postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** possui diversos setores para atendimento, desde o atendimento emergencial, ambulatório e internações. O Setor de Ambulatório funcionará de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 18h00, oferecendo consultas médicas especializadas e multiprofissionais e o SADT. O atendimento do ambulatório será ofertado aos pacientes egressos do próprio Hospital e também aos pacientes referenciados pela Central de Regulação do Estado.

O entendimento da saúde como condição para a cidadania sugere a dinamização de ações que potencializam o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. Nesta perspectiva, estruturar serviços e ações em saúde que vão ao encontro das necessidades das pessoas, torna-se cada vez mais um desafio, para enfermagem, pois à medida que os determinantes sociais, biológicos, políticos, culturais, entre outros, interagem com complexidade crescente, trazendo repercussões, não apenas de imediato, mas em longo prazo.

A sala de espera de uma unidade ambulatorial deve ser vista, pelos profissionais de saúde, como um espaço propício para promover, o diálogo, acolhimento e vínculo, entre os pacientes, seus acompanhantes e os serviços de saúde. O processo de educação e de confiabilidade pode estimular aos pacientes a responsabilidade do autocuidado, gerando a interpretação de que muitas situações são preveníveis. É nesse momento, que os profissionais de enfermagem têm a oportunidade de detectar problemas de saúde, que podem ser expressados através das falas ou de expressões corporais e faciais dos pacientes como, por exemplo, os sinais e sintomas da dor. A partir desse contato, é possível também aos profissionais tirar dúvidas e promover a educação em saúde, sendo assim, possível compreender essa clientela de forma integral e humanizada atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde.

A equipe interdisciplinar, necessita de uma comunicação terapêutica eficiente entre profissional e paciente/familiares e monitorização constante das repercussões hemodinâmicas enquanto os pacientes aguardam atendimento, visto que as instabilidades acontecem de forma imprevisível.

Diante dessa percepção, o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** desenvolverá ações de acordo com a Política de Humanização – HumanizaSUS, tendo como preocupação primária a oferta de atendimento cada vez mais humanizado, respeitando o paciente na sua totalidade, ponderando seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. São elas:

- Realização de acolhimento e acompanhamento dos pacientes e seus familiares, por toda a equipe multiprofissional em todas as unidades de atendimento;
- Realização de "acolhimento educativo": oferecimento de sala de espera humanizada com a realização de educação em saúde;
- Oferecimento de atendimento do Serviço Social para acolher famílias com demandas psicossociais;
- Formação de grupos de Apoio e orientação a familiares com a participação da equipe multiprofissional ;

Os setores de Ambulatório e Internação referem-se a estruturas que visam atender a prestação da assistência ao paciente de forma integral e articulada, envolvendo o atendimento ambulatorial, realização de exames e procedimentos especializados até o processo de internações eletivas, objetivando um atendimento eficaz na organização das agendas em consonância com as normas e diretrizes da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

O atendimento prestado nesse contexto deverá:

- Acolher o usuário respeitando seus direitos e necessidades;
- Garantir a identificação correta, agilidade no atendimento e eficácia nas ações;
- Manter os arquivos atualizados e organizados.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** busca promover a realização desse serviço por meio de procedimentos, protocolos e comunicação estruturada com as áreas médica, enfermagem, administrativa e de apoio envolvidas no processo, a fim de assegurar um atendimento qualitativo ao paciente, sempre observando a hospitalidade. Uma característica essencial da hospitalidade é a atitude de acolher, o que pode ser compreendido como um hábito de boa natureza, capaz de criar um vínculo de confiança e familiaridade entre as pessoas, ou seja, um serviço às pessoas e de amparo à sociedade.

A seguir, apresentaremos o processo de trabalho definindo a operação do acolhimento ao usuário no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** :

MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES ORGANIZAÇÃO DAS RECEPÇÕES / ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO
DIRETRIZES: SUS – Sistema Único de Saúde; HUMANIZASUS e Ética.
HIERARQUIA

RECEPÇAO
A recepção na Unidade de Saúde está diretamente ligada ao gerente da mesma.
Gestor local: autoridade maior na Unidade de Saúde.
Coordenação Administrativa

OBJETIVO

- Obedecer às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento das necessidades do cliente.
- Organizar os serviços prestados pela Recepção/admissão;
- Padronizar a execução das tarefas, dando continuidade ao serviço, independente de quem o faça;
- Otimizar o serviço ofertado.

TRABALHO EM EQUIPE

Toda equipe de trabalho é um espaço de relacionamento, onde se explicitam características pessoais, interesses e preferências, posturas de várias ordens (ideológicas, acadêmicas, histórias de vida), implicando em necessidade de conhecê-los e combiná-los aos objetivos de um projeto ou de uma organização. Ao mesmo tempo, trata-se de criar um ambiente em que as pessoas desenvolvam relacionamentos positivos e valorizados, pois equipes são fontes de auxílio e apoio, de troca de afetos diversos, e o trabalho deve ser organizado de tal forma que minimize os agentes estressores, promovendo condutas adequadas e padronizadas a todos os seus membros.

PONTUALIDADE E ASSIDUIDADE

A pontualidade e assiduidade são sinônimas de compromisso e responsabilidade, além de serem fatores importantes para a avaliação de desempenho.

- Ser frequente, não faltar;
- Registrar o ponto no relógio digital;
- Dirigir-se ao seu posto de trabalho de imediato;

IMPORTANTE:

Prorrogação de horas, horas extras, descontos de horas, horário de banco, falta abonada, declaração, SOMENTE com a autorização da gerência da Unidade ou da chefia imediata.
Na iminência de ausência, entrar em contato com sua chefia.

RECEPCIONAR O CLIENTE

Recepcionar é receber as pessoas com atitude proativa e acolhedora. Ao recepcionar devemos estar aptos a: informar, orientar, "filtrar" as necessidades do cliente, amenizar os ânimos exaltados e agilizar o atendimento.

ROTINAS

- Limpar sua área de trabalho;
- Antes de iniciar o trabalho, organizar o setor;
- Limpar sua área de trabalho;
- Ligar e checar o funcionamento dos equipamentos (micro computador, impressora, telefone, outros);
- Organizar objetos (identificação de prontuários, caneta, lápis, outros)
- Ao término do seu horário de trabalho, passe o plantão para ter o serviço e permanecer com as
- rotinas estabelecidas;
- Recomponha sua área de trabalho.

IDENTIFICAÇÃO

- Uso dos uniformes fornecidos.
- Uso de crachá de identificação, em lugar de fácil visualização.
- Orientação: uso de calçado fechado.

IMPORTANTE:

Lembrar que a prioridade em suas atividades é o atendimento ao cliente.

ATENDIMENTO AO CLIENTE

- Manter-se em postura adequada, receptiva, acolhedora;
- Ser cordial, respeitoso e gentil;
- Olhar para o cliente;
- Saudá-lo (bom dia, boa tarde, boa noite ou, pois não? Em que posso ajudá-lo?);
- Perguntar ao cliente o seu nome e anotar para não esquecer;
- Despedir-se (até logo, etc.);
- Ouvi-lo sempre antes de falar;
- Informá-lo e orientá-lo, por escrito quando necessário;
- Quando em atendimento a um cliente e outro chegar: sinalizar que percebeu sua presença e solicitar gentilmente que aguarde (sugestão: em alguns minutos já vou atendê-lo).
- Ser educado;
- Usar tom de voz baixo, porém audível;
- Manter a equidade no atendimento;
- Estar atento às urgências e emergências;
- Estar atento ao seu atendimento e à pessoa que está atendendo;

- Manter-se calmo em situações conflituosas que surjam durante o seu atendimento, demonstrando paciência e não revidando a agressões;
- Dar continuidade ao trabalho: passagem de plantão (escrita e verbal).

IMPORTANTE:

JAMAIS deixar a recepção sozinha. Ao ausentar-se, solicitar para que alguém permaneça lá até o seu retorno;

Ao término do seu horário de trabalho, passe o plantão para o serviço ter continuidade e permanecer as rotinas estabelecidas.

POSTURA

- Apresentar-se adequadamente trajado no seu posto de trabalho;
- Estar higienizado;
- Uso de perfumes suaves;
- Aparência agradável;
- Mulheres com maquiagem discreta;
- Manter-se em postura acolhedora;
- Sentar-se confortavelmente, de forma ergonômica;
- Não comer no local de trabalho (para tal encaminhar-se à copa);
- Não usar óculos de sol ou fone de ouvidos;
- Celular desligado ou no modo de vibração (NUNCA atender celular durante o atendimento ao cliente).
- Ao término do atendimento, responder a ligação;
- Não acessar e-mail, face e outros similares;
- Se música presente deve ser suave e em volume baixo;
- Evitar cantar alto;
- Manter postura profissional, evitando piadas, riso alto, etc.
- Primar pela ética, não comentando sobre a vida alheia, principalmente de usuários e colegas de trabalho;
- Não julgar, comparar, rotulando ou atribuindo às pessoas designação ou denominação de maneira redutora que o defina (“aquela mala”, “o sabe tudo”, etc.).
- Ao cometer falhas, notificar ao seu superior hierárquico.

ATENDIMENTO AO TELEFONE

É um contato muito importante para que o cliente se sinta acolhido e bem atendido. Para tanto devemos estar atentos:

- Procurar atender ao 1o toque;
- Caso esteja em atendimento, pedir licença ao cliente;
- Atender dizendo o nome do local, seu nome, seguido do cumprimento oportuno (ex: Hospital Regional Público de Ourilândia do Norte**,** João, bom dia!);
- Pergunte o nome da pessoa que está ligando e anote para não esquecer;
- Entender o objetivo da ligação;
- Caso seja para transferir a ligação, transfira;
- Caso seja particular, anotar o recado para mais tarde retornar a ligação;
- Caso seja para a própria recepção, solicitar que aguarde um momento para que possa concluir o atendimento anterior, e ao concluí-lo, retorne ao atendimento telefônico;
- Usar tom de voz baixo, porém audível;
- Ser gentil;
- Concentre-se na ligação, solicitando clareza na explicação quantas vezes for necessária para o seu atendimento;
- Fale compassadamente e claramente;
- Evite expressões confusas e de má interpretação;
- Anote os pontos principais ou dados fornecidos;
- Evite interpretações bruscas;
- Evite termos técnicos;
- Tenha cautela, não cometa exageros;
- Evite expressões como "bem", "meu anjo", "mãezinha", etc, chamando pelo nome a pessoa que ligou;
- Retorne sempre as ligações que prometeu fazer;
- Transfira você mesmo as ligações;
- Encerre a conversa com cortesia (Ex: obrigado!);
- Não deixe o telefone fora do gancho;
- Seja breve e eficiente nas ligações;
- Ao chamar o colega dirija-se pelo nome em tom de voz agradável.

IMPORTANTE:

Não esqueça: o telefone é de uso EXCLUSIVO do serviço.

NO MOMENTO DA VISITA E/OU TROCA DE ACOMPANHANTES:

- Receber cordialmente os visitantes;
- Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotinas de visita ao hospital;

- Conferir a listagem de clientes internados, para verificar a enfermaria e o leito de cada um deles.
- No momento da visita, anotar os dados de todos os visitantes, para cada cliente internado no livro de registro de visitante/acompanhante;
- No caso de substituição de acompanhante e/ou de visita extra (ver horários de visita), além do crachá, o visitante deverá ter autorização por escrito (horário diferenciado autorizado pelo enfermeiro responsável ou acompanhado pelo assistente social após contato prévio com a enfermagem);
- Após a identificação do visitante, entregar o crachá correspondente à sua categoria (visitante ou acompanhante)
- Encaminhar os visitantes aos controladores de acesso para liberação da entrada.
- Após o horário de visitas verificar se todos os crachás de identificação foram devolvidos na recepção.

Obs: Caso falte algum crachá, comunicar imediatamente ao serviço de portaria que esta responsável pelo recebimento dele.

Conferir se os crachás de acompanhantes "presentes" são condizentes com os acompanhantes autorizados para visitas nos seus respectivos leitos.

ADMISSÃO DO PACIENTE

DEFINIÇÃO

Admissão do paciente na unidade hospitalar ocorre quando há necessidade de ocupar um leito por 24 horas ou mais. Na unidade de internação o paciente será recebido por um profissional da unidade e encaminhado a enfermaria. Deve ser recebido com gentileza e cordialidade para aliviar suas apreensões e ansiedades. Pois geralmente, o paciente já está preocupado com a sua saúde.

OBJETIVOS

- Otimizar a admissão do paciente sistematizando o atendimento;
- Facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar;
- Proporcionar conforto e segurança.

MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente
- Exames existentes anexados;
- Presença de um Familiar ou responsável;
- Ficha de Internação Hospitalar que consta: dados do paciente e internação, Resumo de alta, Anamnese e exame físico, Descrição da cirurgia realizada, Trans-

operatório/Recuperação pós-anestésica, Gasto de Material e Medicamento, Folha de anestesia, laudo para solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH); Prescrição médica e serviço de enfermagem.

PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Certificar-se da identidade do paciente e acompanhá-lo até o setor de destino.
- Verificar se o prontuário está completo;
- Orientar sobre as normas e rotinas do hospital.

RESPONSABILIDADE

- Técnico de internação
- Equipe de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Consiste no procedimento pelo qual se previne a ocorrência de erros de identificação do paciente, através da utilização de uma pulseira com dados de identificação padronizados pela instituição, aplicado nas unidades de internação do Hospital.

FINALIDADE

Atender a meta internacional de Segurança de Identificação do Paciente respaldada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados.

INDICAÇÕES

No momento da admissão do paciente na unidade de internação hospitalar.

RESPONSÁVEL PELA COLOCAÇÃO

- Pacientes:
- Técnica de Internação
- Equipe de Enfermagem

Demais:

- Recepção / Controladores de Acesso.

RESPONSÁVEL PELA MANUTENÇÃO

- Equipe Multiprofissional

MATERIAL/EQUIPAMENTOS

Kit fornecido pelo Setor de Internação, contendo:

- Pulseira de material resinado/ de cor (a ser definida) sem/com cola nas extremidades (de acordo com o fabricante) e lacre plástico (de acordo com o fabricante).

DESCRIÇÃO TÉCNICA

CABERÁ A EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Confirmar no momento da admissão com o paciente ou com o responsável pela internação se a pulseira corresponde ao mesmo com as seguintes informações: nome completo, número do prontuário e data de nascimento;
- Identificar se a pulseira está com os dados acima legíveis;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto à finalidade da sua identificação e a necessidade de seu uso durante todo o período de internação;
- Colocar a pulseira no membro do paciente seguindo o sentido horário conforme a sequência: punho direito, punho esquerdo, tornozelo esquerdo, tornozelo direito, respeitando cada particularidade;
- Registrar no prontuário o local da colocação da pulseira;
- Checar a pulseira antes de qualquer atendimento ou procedimento, garantindo que é o paciente certo.

ALTA DO PACIENTE

DEFINIÇÃO

A alta hospitalar é a finalização do período de internação que ocorre pela melhora do paciente ou óbito.

Outros motivos podem gerar altas hospitalares como: pedido de paciente ou responsável, necessidade de transferências para hospitais especializados, recusa do paciente/ responsável em acatar o tratamento indicado, etc.

OBJETIVO

- Otimizar a alta do paciente sistematizando o atendimento.

MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente;
- Receituário médico;
- Resumo de alta com todas as informações pertinentes;
- Presença de um familiar ou responsável.
- Entrega do aviso de alta preenchido corretamente com os seguintes dados: nome do paciente, prontuário, setor, leito, carimbo e assinatura do profissional médico e de enfermagem.

PROCEDIMENTO

- Entregar e explicar ao paciente/responsável o resumo de alta;
- Orientar sobre a dieta, retorno, complicações e uso de equipamentos temporários realização de curativos;
- Informar a alta no Serviço de portaria, Serviço social e Serviço de nutrição;
- Dar alta do paciente no sistema para liberação do leito.

RESPONSABILIDADE

O procedimento deverá ser realizado pelo médico.
À equipe de enfermagem cabe realizar as orientações pertinentes e contatar os setores do hospital para dar os encaminhamentos necessários à saída do paciente e seus familiares.
À equipe de internação cabe dar alta do paciente no sistema para liberação do leito.

4.2.1.3. Serviço Social Hospitalar

O atendimento aos acompanhantes e familiares para orientação e demais informações será realizado por profissional de assistência social e os mesmos serão acomodados na sala de espera específica para este fim.

O Assistente Social em uma equipe interdisciplinar da unidade é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que ele está inserido, numa perspectiva de totalidade, passando a interpretar junto à equipe aspectos relevantes no âmbito social. Com isso, o mesmo utiliza-se de seus conhecimentos teórico-prático para ser um propositor de novas modalidades de enfrentamento das situações.

O Assistente Social atua visando sempre os interesses dos usuários, viabiliza o acesso às garantias dos direitos sociais.

A interdisciplinaridade nos serviços de saúde se insere como estratégia de fortalecimento das atividades integradoras que abrem espaço para reflexão e troca de experiências valiosas para produção de conhecimentos e aprimoramento da qualidade da formação de profissionais e da assistência em saúde, perspectiva da humanização, integralidade e resolutividade do atendimento.

Os assistentes sociais trabalham em parceria com outros profissionais, portanto a importância da consciência coletiva de todos, para que o bem-estar do paciente seja o foco principal. As principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social nas unidades de internação, emergência e ambulatórios:

- Visitar pacientes das enfermarias e emergências, visando à resolução de problemas sociais e o fornecimento de orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas do hospital;
- Notificar os conselhos municipais: criança e adolescente, idosos, assistência social, entre outros;
- Comunicar a alta e orientar sobre o processo de saída da unidade hospitalar.
- Tomar providências relacionadas à alta de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas e vítimas de violência (urbana e doméstica);
- Contatar os postos de saúde dos municípios de abrangência da Divisão Regional de Saúde para solicitar ambulâncias para a alta, remoção e transferências de pacientes;
- Orientar os casos de óbitos: informar sobre os direitos de seguros, previdências e funeral;
- Convocar o paciente para o retorno ambulatorial e reforçar a importância do tratamento;
- Comunicar e orientar os pacientes quanto à data, horário e local de cirurgias;
- Contatar por telefone e/ou telegrama a alteração de datas de agendamento de consultas/cirurgias;
- Orientar os familiares e/ou paciente no caso de cirurgia de grande ou médio porte, sobre a importância e necessidade de doação de sangue;
- Inserir usuários especiais na rotina, após a avaliação do caso;
- Trabalhar preventivamente na democratização de informações e conhecimentos voltados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, danos, riscos e agravos para o tratamento médico.
- Reforçar a importância de campanhas e mutirões que o hospital realiza.

O trabalho dos assistentes sociais é de suma importância no espaço hospitalar. A humanização do atendimento hospitalar deve ser sua meta e o uso de seus conhecimentos em benefício da população necessitada seu objetivo.

O setor de emergência/urgência é o lugar onde se dá o inesperado e o assistente social deve estar preparado para atender os diversos conflitos e orientar os pacientes de seus direitos sociais como: seguro obrigatório, indenização de acidente de trabalho, encaminhamento, localização de familiares, trabalho em rede com instituições, ou mesmo atuar como retaguarda médica social nos casos de moradia inadequada ou residências distantes, tudo de acordo com a necessidade apresentada pelos pacientes.

O espaço da emergência de um hospital público é um espaço legitimo de atuação do Assistente Social, no qual, além de um atendimento imediato, poderá ter o acompanhamento daquele atendido e se utilizar daquele momento de atendimento para um espaço de particularidade, fazendo valer o cumprimento de direitos antes negligenciados em toda trajetória daquele sujeito dentro do sistema de saúde pública.
Priorizando sempre o bem-estar coletivo e a integração do indivíduo na sociedade, os assistentes sociais têm atuação ampla, estando presentes em áreas como educação, família, saúde, habitação, trabalho, lazer, reabilitação e previdência social. Na equipe hospitalar, os profissionais formam a equipe de assistentes sociais, sendo que uma equipe é direcionada para o acolhimento aos pacientes e familiares e outra equipe atua no atendimento aos colaboradores. Com o objetivo de orientar, planejar e promover uma vida mais saudável para as pessoas.

O atendimento voltado para colaboradores envolve:

- Assistência médica e benefícios e projetos de ações de incentivo,
- Programas de preparo para aposentadoria e encaminhamento para reabilitação profissional. "O foco é sempre o bem-estar do outro",
- Orientação para a terceira idade e crianças em situação de risco. "É preciso sempre saber escutar".

O Serviço Social do Hospital deve deixar as portas abertas para o colaborador procurar sempre que precisar.

O Serviço de Assistência Social do Hospital também é responsável pela Unidade de Atenção ao Cliente ou Setor de Atendimento ao Usuário - SAU, que vai registrar queixas,

sugestões, críticas e elogios de pacientes, acompanhantes e familiares. O Setor também elabora o Guia do Paciente, com orientações sobre seus direitos e deveres.

4.2.1.4. Psicologia Hospitalar

O serviço de psicologia hospitalar tem como objetivo promover o bem-estar emocional e psicológico dos pacientes, familiares e equipe de saúde em um ambiente hospitalar. A atuação do psicólogo no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** envolverá desde a avaliação inicial do paciente, buscando compreender suas necessidades emocionais e psicológicas, até a elaboração de planos de intervenção, acompanhamento e suporte psicológico ao longo de todo o processo de internação.

Entre as principais atividades desenvolvidas pelo serviço de psicologia estão a realização de avaliações psicológicas, o atendimento psicoterapêutico individual ou em grupo, a orientação e aconselhamento aos familiares, a intervenção em crises emocionais, a preparação para procedimentos cirúrgicos e outros tratamentos invasivos, além do suporte no processo de luto e despedida.

O trabalho do psicólogo também pode se estende à equipe de saúde, auxiliando na prevenção e no tratamento do burnout e estresse ocupacional, bem como no desenvolvimento de estratégias para lidar com situações difíceis e estressantes no ambiente hospitalar.

A presença do psicólogo hospitalar é fundamental para garantir uma abordagem humanizada e integrada da saúde, contribuindo para uma assistência mais eficiente e de qualidade.

Dentre as rotinas do Serviço de Psicologia, destacamos:

- 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 multiprofissional es 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 cHERSOos 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 multiprofissional 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.

4.2.2. Atendimento e Acomodação dos Acompanhantes dos Usuários

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é um estabelecimento de saúde público e gratuito que atende urgências e emergências, 24 horas, nos sete dias da semana. Sua atuação é focada na prestação de assistência em saúde de média e alta complexidade com segurança, qualidade e humanização aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para garantir os direitos dos usuários do SUS, bem como, a segurança e qualidade na prestação da assistência, o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** regulamenta seu funcionamento por meio deste, orientando, normatizando e disciplinando o acesso de pessoas nas suas dependências.

O hospital manterá o serviço de acolhimento e classificação de risco (ACCR) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo porta aberta para **Politraumatizados, Abdome Agudo/Laparotomia Exploradora, Pediatria: Intervenções em Média e Alta Complexidade, incluindo Abdome Agudo, e Obstetrícia de Risco Habitual e Alto Risco e Gestantes de Alto Risco.**

O direito ao acompanhante é garantido pelas portarias nº 1.286 de 26 de outubro de 1993 e nº 74 de 4 de maio de 1994, que preveem que "o paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações". A portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, também assegura ao paciente "o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames; e em internações, nos casos previstos em lei ou quando a autonomia da pessoa estiver comprometida".

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tem o compromisso de desenvolver suas ações de forma humanizada, buscando sempre implementar ações centradas nos usuários e seus familiares, incorporando as diretrizes propostas na Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde proposta pelo Ministério da Saúde. Um dos aspectos da PNH é a implementação de ações que ampliem a participação dos familiares e acompanhantes no processo assistencial da unidade.

A presença do acompanhante, do visitante, de familiar ou de representante da rede social do paciente é, indiscutivelmente, uma marca fundamental que pode mudar as relações de poder

nas instituições de saúde, aumentando o grau de protagonismo dos usuários. Traz também uma reorientação na prática profissional, norteada na interação com o contexto de vida do paciente.

Para organizar o planejamento das rotinas de atendimento e acomodação dos acompanhantes dos usuários do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** observamos:

- Todos os pacientes terão direito a um (01) acompanhante, em especial pacientes com mais de 60 anos, menores de 18 anos, gestantes e pessoas com deficiência ou que tenham dificuldade de locomoção, sendo permitidos acompanhantes maiores de 18 (dezoito) anos - Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000;
- Usuários em leito de observação com direito à presença de acompanhante: crianças e adolescentes até 13 anos, 11 meses e 29 dias adultos acima de 60 anos e portadores de necessidades especiais, assim como outros estabelecidos pela legislação, salvo casos específicos liberados pela equipe assistencial;
- Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- 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);
- O acompanhante terá direito a uma cadeira para sua acomodação, que não poderá ser utilizada pelo paciente, salvo em casos tecnicamente indicados;
- Os acompanhantes dos usuários em leito de observação na Sala Vermelha deverão, quando autorizado, permanecer na espera do lado de externo da sala;
- Todo acompanhante será identificado durante sua permanência na unidade;
- O horário para troca de acompanhantes ocorrerá em três turnos, Período matutino: das 08:00 às 09:00, Período vespertino: 14:00às 15:00, Período noturno: 20:00 às 21:00;
- O acompanhante deve portar obrigatoriamente um documento de identificação com foto no momento da troca;
- A troca dos acompanhantes ocorrerá na portaria, quando será recolhida a pulseira/cartão de liberação do acompanhante anterior;
- A fim de garantir que o paciente receba a alimentação de acordo com a dieta prescrita pelo médico, não será permitida a entrada de alimentos para o usuário ou para consumo do acompanhante, salvo se liberado expressamente pela equipe assistencial;

- Não é permitida a entrada de lençóis, travesseiros e mantas para o uso do paciente e acompanhante, salvo em situações analisadas e deliberadas previamente pela equipe assistencial;
- A permanência do acompanhante na unidade respeitará as normas sanitárias vigentes, bem como a necessidade de usar Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- É proibido o acompanhante se acomodar no leito do usuário;
- É terminantemente proibida a entrada de pessoas, seja usuário, acompanhantes ou outros, portando arma branca ou arma de fogo. Caso seja identificado, a unidade irá de imediato, informar às autoridades competentes;
- Todos os objetos pessoais de usuários ou de acompanhantes são de sua inteira responsabilidade, salvo aqueles que ainda se encontram em poder da unidade descritos no rol de pertences;
- É proibido fumar nas dependências da Unidade, bem como ingerir bebidas alcoólicas;
- É expressamente proibido o acesso de pessoas não autorizadas nas áreas restritas do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**
- As requisições de cópias do Prontuário poderão ser feitas, exclusivamente, pelo próprio usuário ou representante legal (pai, mãe, cônjuge, filhos), curador ou procurador devidamente constituído para o fim específico;
- Em respeito à Lei Geral de Proteção de Dados e à Constituição Federal que garantem a intimidade das pessoas, é proibido filmar e/ou fotografar as pessoas sem sua autorização por escrito e da diretoria da unidade;
- A inobservância deste regulamento será considerada infração às normas da instituição e sujeitas às sanções legais.

Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e os acompanhantes devem cumprir as instruções que lhes forem dadas pelos profissionais de saúde.

Algumas instruções que devem ser seguidas. São elas:

- Informar à equipe multiprofissional , quando perceptível ao acompanhante, as mudanças inesperadas no estado de saúde do paciente que possam interferir no tratamento;
- Se responsável legal, fornecer informações precisas, completas e acuradas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente;
- Seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional;

- Conhecer e respeitar as normas e regulamentos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**
- Respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes, colaboradores e prestadores de serviços da instituição;
- Zelar pelos bens e propriedades do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA – HERSO** enquanto patrimônio público, colocados à sua disposição para seu conforto e tratamento do paciente;
- Não se ausentar do leito do paciente ou sair das unidades de serviço de saúde sem comunicação prévia à equipe multiprofissional. A conduta é considerada crime de abandono de incapaz, prevista no Código Penal Brasileiro e assim descrita em seu artigo 133: "*abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade e por qualquer motivo incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono*".

Os casos que não se enquadram nestes critérios são avaliados pelo enfermeiro, que tem a autonomia de definir as necessidades e prioridades.

O Serviço Social oferecerá atendimento aos pacientes e familiares favorecendo o alcance de melhores condições da recuperação, atuando junto à equipe médica.

Legislações Relacionadas:

Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso: Estabelece o direito do acompanhamento de idosos por seus familiares ou responsáveis em hospitais, unidades de saúde e casas de repouso.
Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005 - Política Nacional de Atenção Hospitalar: Dispõe sobre as diretrizes para o funcionamento de unidades hospitalares do SUS, incluindo a previsão de acomodação de acompanhantes.
Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde: Estabelece requisitos mínimos para a acomodação de acompanhantes em unidades de saúde.
Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde: Garante o direito de acompanhamento de parturientes durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 - Dispõe sobre a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento dos pacientes em regime de internação domiciliar: Estabelece critérios para acomodação de acompanhantes em internações domiciliares.

4.2.3. Implantação da Ouvidoria na Unidade e Pesquisa de Satisfação do Usuário

A escuta atenta e diferenciada permite um olhar mais sensível para as questões humanas, por isso as manifestações recebidas são especialmente tratadas por se tratarem de manifestações de nossos "clientes", inseridas como ferramentas de gestão para revisar processos e aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos.

A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população particiGoiás do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. O seu exercício tem o potencial de desenvolver o sentimento de pertencimento do cidadão à sua sociedade, afinal, o indivíduo é estimulado a ser agente de sua própria saúde e da saúde da comunidade a qual integra. Isso possibilitará o surgimento do fenômeno do empoderamento do indivíduo com uma visão voltada para os problemas sociais, estimulando a participação do cidadão no planejamento das ações de políticas públicas e gestão do setor da saúde.

A manutenção de um Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU, integrado com o Sistema de Ouvidoria da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás garante** padronização dos conteúdos das respostas de demandas classificadas como elogios, denúncias, informações, reclamações, solicitações e sugestões em observância dos prazos de resposta das normativas vigentes.

A Ouvidoria media a relação entre o usuário e os serviços prestados. A satisfação é composta por uma porção de ações e impressões. Nosso intuito, enquanto gestores dos serviços de saúde, é proporcionar aos usuários uma melhor forma de cuidado e com isso alcançar melhores resultados. Pensando nisso, o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** compromete-se com a melhoria constante na comunicação entre os profissionais dos serviços e os usuários, estabelecendo uma relação mais próxima, baseada no respeito, na atenção e na ética.

Para tratamento das demandas e atendimento aos usuários, a equipe de Ouvidoria do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** é treinada com foco nas seguintes premissas e características, essenciais para sua atuação: ética,

cordialidade,proatividade, impessoalidade, sensibilidade, equilíbrioemocional, habilidade, boa dicção, boa redação, afinidade, bom senso, capacidade de análise, capacidade de interpretação verbal e escrita, comunicação clara e assertiva, sigilo e confidencialidade, conhecimento do sistema de saúde do Município e diplomacia no trato com os diferentes níveis do SUS.

Além disso, os profissionais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** serão capacitados e orientados em relação à necessidade de estarem disponíveis para acolher as manifestações dos usuários e acompanhantes e orientá-los sobre as formas de acesso ao SAU e à Ouvidoria para registro de manifestações.

É essencial que, no serviço de saúde, o usuário e acompanhante sejam acolhidos pelo gestor ou profissional por ele designado (o nome do responsável pelo acolhimento ao usuário constará do quadro de avisos da Unidade) de forma presencial, preferencialmente em local reservado e este deverá acolher a manifestação de forma cordial, orientando o usuário e/ou acompanhante sobre os encaminhamentos necessários. Tal manifestação deverá ser registrada e tratada conforme fluxo estabelecido. O usuário e/ou acompanhante poderá realizar também, (caso decline do atendimento presencial) o registro de sua manifestação/avaliação de satisfação, por meio eletrônico ou por formulário específico, disponível em local sinalizado e de circulação do público da unidade.

A gestão da unidade e a área de Ouvidoria são responsáveis, ainda, por garantir todos os insumos necessários para que o cidadão tenha acesso aos canais de ouvidoria e de atendimento ao usuário, além de implantar e monitorar os fluxos do SAU nos serviços de saúde.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** dispõe de estrutura de Ouvidoria para garantir aos cidadãos, usuários do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** um canal de comunicação que os represente efetivamente, de maneira imparcial e independente. Cabe à Ouvidoria a busca por soluções às manifestações recebidas por meio deste Canal, transformando-as em ferramentas de prevenção e de gestão para o aprimoramento dos procedimentos internos, sendo possível potencializar as melhorias dos processos.

ATUAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

O Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU é responsável pelo recebimento de sugestões, elogios e críticas da comunidade. A atuação do SAU se dará por meio da Pesquisa de Satisfação, do Formulário SAU e dos Canais de Ouvidoria. Os principais objetivos do SAU são:

- Atender adequadamente as reivindicações dos usuários, humanizando a relação usuário/Serviço e transformando sugestões em oportunidades de melhorias internas;
- Dinamizar e qualificar o atendimento ao usuário;
- Conscientizar o usuário de que ele é parte de uma sociedade com direitos;
- Otimizar e direcionar os serviços oferecidos;
- Proporcionar aos gestores uma visão maior e mais elaborada dos problemas;
- Desenvolver possíveis soluções para as reclamações;
- Desenvolver ações de caráter preventivo;
- Garantir uma experiência de qualidade aos usuários do serviço.

O Serviço de Atendimento ao Usuário conduz as manifestações recebidas e este processo passa por apuração, tratativas internas até a conclusão de cada manifestação. Além disso, acompanha o desenvolvimento com ênfase em controles internos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** de forma a garantir a efetividade das ações realizadas, com apoio da Ouvidoria do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** o que possibilita a otimização de cada processo em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O SAU atuará no desenvolvimento de um plano de ação mensal tendo em vista a continuidade dos cuidados com cada processo, mantendo a qualificação, o fortalecimento e a reorganização, com vistas à melhoria contínua do serviço e à melhor experiência aos pacientes e familiares. Dessa forma, busca-se aumentar a satisfação dos usuários no atendimento e, para isso, serão disponibilizadas algumas ferramentas, conforme exposto a seguir.

FERRAMENTAS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** entende que o acesso à informação e aos canais para registro de demandas é fundamental para garantir que os diferentes segmentos da sociedade e as representações da população, de modo geral, possam participar desde as formulações das políticas públicas (sob a forma de planos, programas e projetos), acompanhamento e avaliação da execução das mesmas até a definição da organização de recursos para que estas se confirmem de acordo com interesses da coletividade.

Para apoiar o SAU, o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** dispõe de uma estrutura com ferramentas como a Pesquisa de Satisfação do Usuário, Formulário para crítica, elogio e sugestões e Informativo para pacientes, visitantes e acompanhantes, todas fundamentais para

garantir a efetividade da Participação Social, bem como poderosos instrumentos de melhoria de processo.

Com o apoio da área de Comunicação do **Instituto**, as ferramentas do SAU serão amplamente divulgadas internamente, para que os usuários do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tenham acesso aos canais de informação, de registro de suas considerações e acompanhem as melhorias da Unidade.

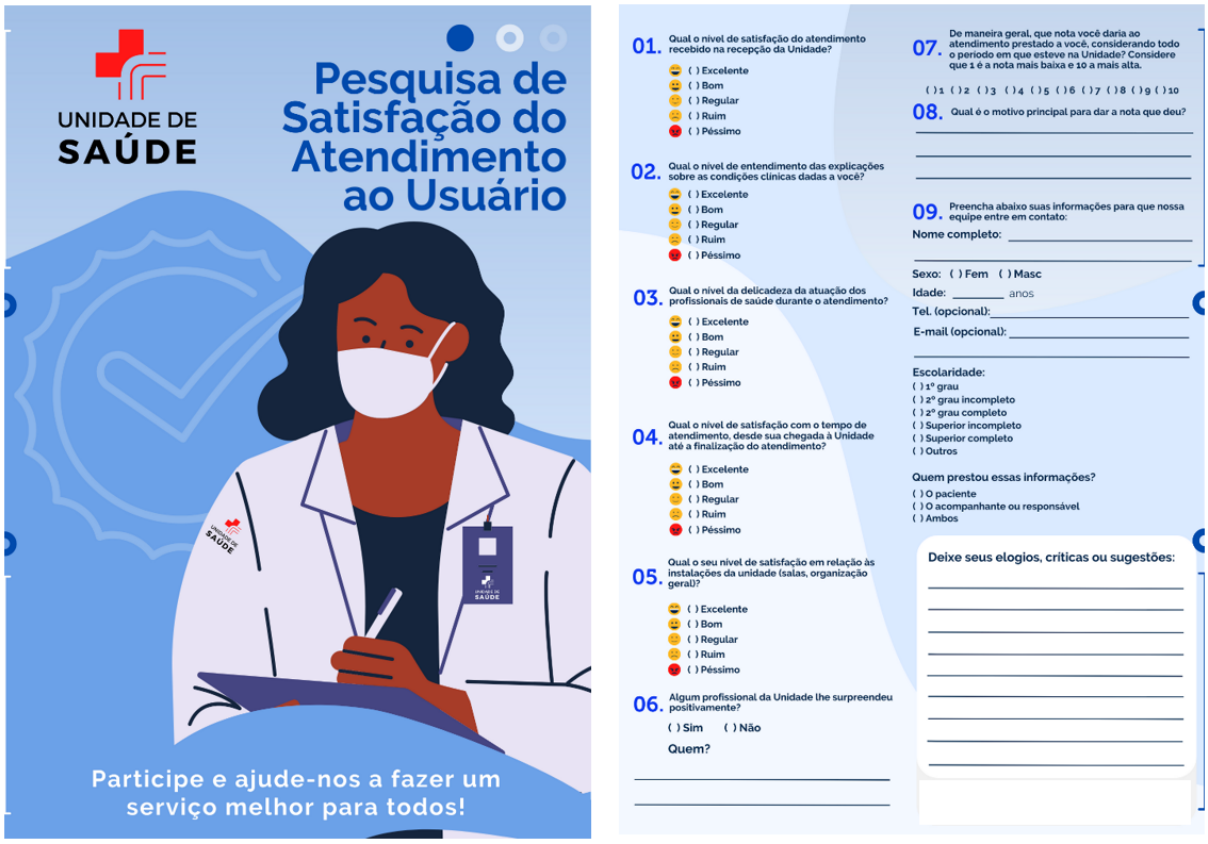
PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Trata-se de um formulário específico com questionamentos acerca do atendimento oferecido ao paciente. Todos os pacientes atendidos terão oportunidade de responder à Pesquisa de Satisfação ao término de seu atendimento na unidade.

O formulário impresso será disponibilizado ao final do atendimento e o usuário terá, ainda, a opção de responder à Pesquisa de Satisfação online, por meio de QR-Code disponibilizado nos receituários médicos.

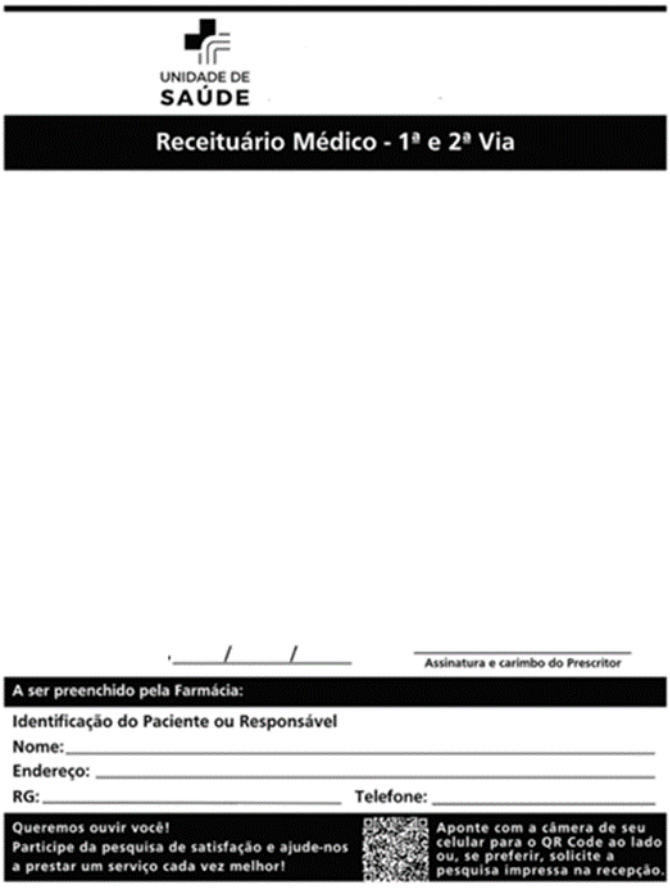
Com ambas opções de acesso à Pesquisa, espera-se implantar essa ferramenta já com 30% dos pacientes atendidos, uma amostragem representativa para promover melhorias no atendimento.

Modelo de Pesquisa de Satisfação (frente e verso)



Fonte: Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Modelo de Receituário Médico com Acesso à Pesquisa de Satisfação


UNIDADE DE SAÚDE

Receituário Médico - 1ª e 2ª Via

____/____/____ Assinatura e carimbo do Prescritor

A ser preenchido pela Farmácia:

Identificação do Paciente ou Responsável

Nome:_____

Endereço:_____

RG:_____ Telefone:_____

Queremos ouvir você! Participe da pesquisa de satisfação e ajude-nos a prestar um serviço cada vez melhor!

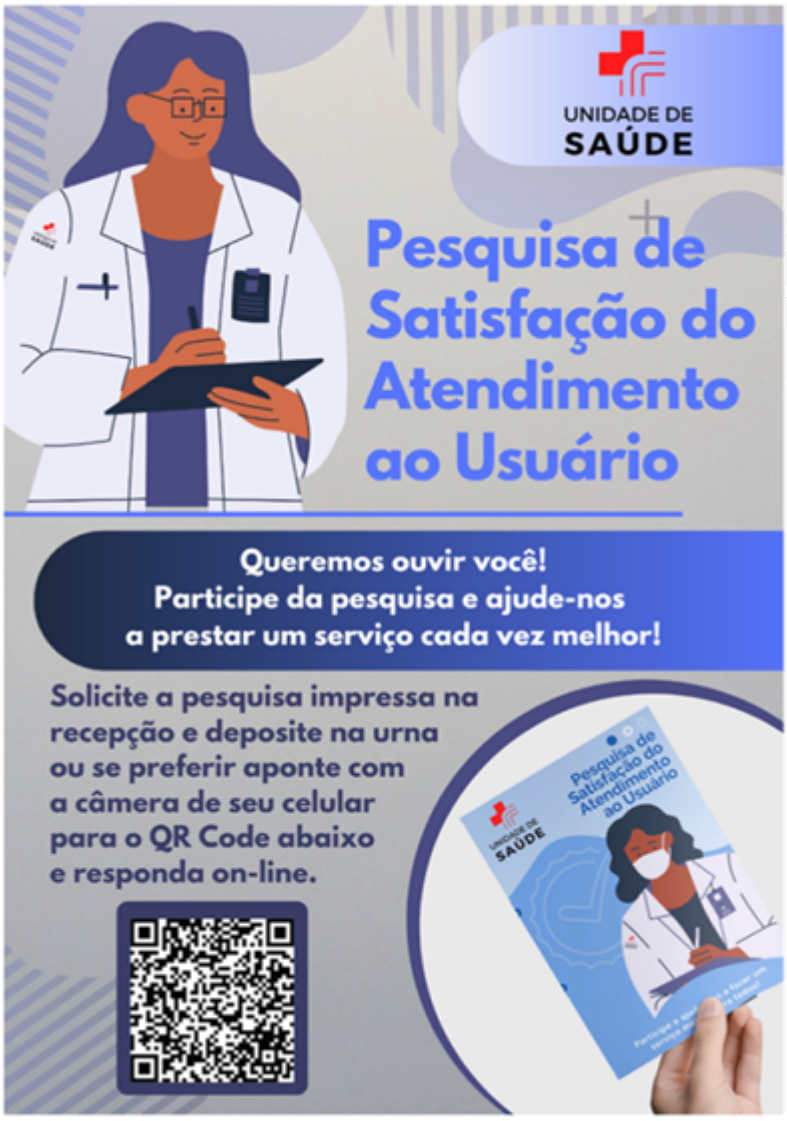
Aponte com a câmera de seu celular para o QR Code ao lado ou, se preferir, solicite a pesquisa impressa na recepção.

Fonte: Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Após responder a Pesquisa impressa, o usuário só precisa depositá-la na urna lacrada do SAU, disponível em local de circulação geral usuários do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** A equipe do SAU da Unidade recolherá diariamente, no início do dia, todos os formulários para juntada com as respostas online e, assim, fará transcrição das respostas, avaliação e inserção dos dados em sistema. Os dados coletados integrarão o Relatório Mensal da Pesquisa SAU. Este relatório trará dados consolidados da Pesquisa do Serviço de Atendimento ao Usuário no último mês. Este relatório é produzido pela equipe do SAU até 10 dias após o último dia do mês para apresentação das principais demandas e ações já implementadas conforme apontamentos dos usuários. O relatório será entregue à **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**e ao Conselho Gestor, e os principais resultados serão disponibilizados no quadro mural da Unidade.

O gestor da Unidade vai acompanhar os resultados da Pesquisa de Satisfação junto ao SAU com o intuito de promover melhoria contínua no serviço e buscar a excelência na assistência e no atendimento, conforme fluxo pré-estabelecido e explicitado neste material.

Modelo de Cartaz/Banner para Divulgação da Pesquisa de Satisfação



Fonte: Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Além da divulgação dos dados coletados na Pesquisa de Satisfação, espera-se obter maior engajamento dos usuários com a divulgação da Pesquisa junto aos usuários por meio da afixação de banners e cartazes em locais de maior circulação e salas de espera, bem como inserções em TV de aviso, a depender da disponibilidade de equipamento e espaço na unidade.

FORMULÁRIO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

O Formulário SAU é uma ferramenta específica para registro de sugestões, elogios e críticas ao longo do atendimento prestado.

Trata-se de um formulário impresso, em que o usuário pode registrar suas considerações a qualquer momento ao longo do atendimento.

O Formulário SAU será disponibilizado para preenchimento nas áreas de circulação e salas de espera, junto à uma urna lacrada. Após responder a Pesquisa impressa, o usuário só precisa depositá-la na urna lacrada do SAU.

Modelo de Formulário SAU (frente e verso)

Fonte: Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

A equipe do SAU da Unidade recolherá diariamente, no início do dia, todos os Formulários SAU para inserção das informações em sistema. Assim como na Pesquisa de Satisfação, as

informações coletadas no Formulário SAU integrarão três relatórios com objetivos e periodicidades distintos:

a) Relatório Semanal Formulário SAU – Melhoria Contínua: relatório com todos as demandas coletadas na semana anterior, produzido pela equipe do SAU da Unidade e entregue ao gestor da Unidade no segundo dia útil da semana posterior à coleta de formulários. O objetivo deste relatório é manter o gestor da unidade informado sobre as demandas dos usuários para que sejam implementadas melhorias a curto, médio e longo prazos.
b) Relatório Semanal Formulário SAU – Resposta ao Usuário: neste documento serão descritas as demandas manifestadas por usuários que se identificaram. A identificação ficará restrita ao SAU, não sendo incluído no relatório. Este relatório será entregue ao gestor da unidade para levantamento de informações para resposta ao usuário. A equipe do SAU responderá através dos meios indicados pelo próprio usuário.
c) Relatório Mensal Formulário SAU – Comunidade: relatório com dados consolidados por tipo de manifestação no último mês. Este relatório é produzido pela equipe do SAU até 10 dias após o último dia do mês para apresentação das principais demandas e ações já implementadas face às manifestações. O relatório será entregue à **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**e ao Conselho Gestor, e os principais resultados serão disponibilizados no quadro mural da Unidade.

O usuário poderá, ainda, registrar reclamações, elogios e outras formas de contribuição diretamente na sala do SAU, onde um profissional da Unidade fará o registro em sistema ou poderá auxiliar o usuário a realizar o registro no formulário SAU.

Espera-se obter engajamento dos usuários ao Formulário SAU a partir da disponibilidade dos formulários junto às urnas em local de maior circulação de usuários do serviço, tais como salas de espera, com divulgação no local e orientação dos profissionais.

MURAIS INTERNOS

O mural ou quadro de avisos é um meio de comunicação bastante eficaz em serviços de saúde, isso porque é uma ferramenta em que é possível divulgar diversas informações importantes numa estrutura prática e econômica. Manter quadros murais na Unidade de Saúde é também uma oportunidade de manter a comunidade atualizada sobre os serviços oferecidos e melhorias implantadas e em implantação.

A efetividade do mural, entretanto, está muito ligada à frequência com que é atualizado. Assim, com apoio da área de comunicação do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, serão implantadas rotinas de atualização dos murais com espaços dedicados à divulgação do Serviço de Atendimento ao Usuário, bem como demais informações de interesse público com vistas à transparência da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** conforme modelo apresentado neste item.

MODELO DE MURAL

Fonte: Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

CANAIS DE OUVIDORIA

O canal Ouvidoria do SUS é o meio oficial de contato para registro de sugestões, elogios e críticas ao serviço de saúde. As demandas serão recebidas por meio das ferramentas oficiais da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**e seguirão fluxo estabelecido pela Pasta.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** dispõe de uma estrutura de Ouvidoria que também recepcionará demandas de usuários e tratará manifestações dos Canais Ouvidoria do SUS, Ouvidoria do Instituto e SAU do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** em apoio à equipe do SAU da Unidade.

FLUXO DE ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS

Para garantir o atendimento às demandas registradas via formulário SAU, Ouvidoria do SUS e Pesquisa de Satisfação, o SAU do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** com apoio da Ouvidoria do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, implantará os seguintes fluxos de trabalho:

a) Fluxo da Aplicação das Pesquisas de Satisfação

Etapa	Nome	Descrição
01	**Aplicação da Pesquisa com Usuários e Acompanhantes**	**Utilização de formulário específico impresso ou online (disponível nos receituários médicos).**
02	**Avaliação**	**Processo de consolidação das pesquisas respondidas e análise dos resultados obtidos, a partir da elaboração de relatórios com dados quantitativos e qualitativos.**
03	**Encaminhamentos**	**Apresentação das demandas às áreas responsáveis em busca de esclarecimentos, correções ou averiguações, envolvendo a Gestão da Unidade, o Instituto, conforme orientações da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Para isso, serão realizadas reuniões e tanto as manifestações quanto os encaminhamentos, registrados em ata.**
04	**Relatório**	**Elaboração de relatório com consolidação dos dados, quadro comparativo mês a mês, ações implementadas e principais comentários. O**

		relatório é entregue ao Conselho Gestor e à Secretaria de Estado da Saúde de Goiáse os dados principais são disponibilizados para consulta aos usuários da Unidade.

b) Fluxo de Tratamento de Manifestações

Etapa	Nome	Descrição
01	Acesso do Usuário	Presencial, telefone, e-mail, fax, carta, totem, ficha de manifestação e através das instâncias municipais e outras Instituições.
02	Recebimento e Registro (Manifestação)	Receber, registrar a manifestação em formulário ou em sistema, e gerar número de processo.
03	Tipificação da Manifestação	Analisar e tipificar em: Informação, Solicitação, Elogio, Reclamação, Denúncia ou Sugestão.
04	Análise dos Dados	Avaliar as manifestações, verificar se há dados suficientes para continuidade do processo, contatar área responsável para verificação e tratativas, emitir relatório, realizar contato com o usuário.
05	Acompanhamento da Resposta	A partir do parecer da área responsável, analisar a resposta e se necessário requisitar mais informações ou esclarecimentos, redação/elaboração da resposta final, aprovação do conteúdo junto à Ouvidoria Institucional e à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás conforme orientação.
06	Encerramento da Manifestação	Realização de contato com o usuário para os esclarecimentos/ciência; Envio da resposta final ao usuário, conforme meio de acesso (Ouvidoria SUS, SAU, etc). O período para o encerramento deste processo deve atender às

		premissas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiáse da Ouvidoria do SUS em relação aos prazos estabelecidos.
07	**Emissão de Relatórios**	**A partir dos indicadores definidos em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás elaborar relatórios gerenciais/estatísticos semanais e mensais sobre demandas recebidas e atendimentos realizados. Após, encaminhar os relatórios conforme modelos estabelecidos.**
08	**Publicização / Divulgação**	**Publicizar/divulgar os relatórios das manifestações nos canais de comunicação da Unidade e ao Conselho Gestor.** **Os relatórios referentes à Ouvidoria/SAU deverão ser apresentados e discutidos nas reuniões com os Conselhos Gestores de cada Serviço de Saúde e também divulgados nas reuniões dos Conselhos Regionais.**

Conforme explicitado no Fluxo Interno, as manifestações recebidas devem ser analisadas e classificadas em:

- Reclamação: manifestação em que o usuário que relata insatisfação em relação ao serviço ou à unidade;
- Solicitação: manifestação em que o usuário solicita assistência ou apoio;
- Elogio: manifestação em que o usuário elogia o atendimento, a unidade ou algum profissional;
- Informação: manifestação em que o usuário busca orientação sobre SUS, atendimento da unidade, dentre outras temáticas;
- Sugestão: manifestação em que usuário recomenda alguma melhoria;
- Denúncia: manifestação em que são apontadas possíveis ações ou posturas que desrespeitem os princípios do SUS e da gestão pública.

Havendo necessidade de consulta do status das manifestações, as manifestações SAU serão classificadas conforme a seguir:

- Aberta/Aguardando Parecer: quando a manifestação foi registrada e está em processo de acolhimento, tipificação ou em trâmite de levantamento de informações para resposta;
- Em análise: após o levantamento de informações com a área responsável, quando se faz a redação da resposta para aprovação junto à Ouvidoria.
- Reencaminhada: quando há necessidade de mais informações ou esclarecimentos nas áreas responsáveis da Unidade;
- Respondida: logo após o envio da resposta ao usuário;
- Concluída: quando a demanda foi respondida dentro do prazo e o prazo estabelecido foi ultrapassado.
- Finalizada: status final de todas as demandas, vencidas todas as possibilidades de prazos e novos questionamentos.

ESTRUTURA FÍSICA DO SAU

O Serviço de Atendimento ao Usuário manterá atendimento presencial nas unidades de saúde, em local previamente definido em que se resguardem o sigilo e a privacidade dos cidadãos, sem prejuízo à atuação das demais áreas do Serviço de Saúde. O espaço terá linha telefônica, computador com acesso à internet e aos sistemas de Ouvidoria, arquivo para guarda de formulários e relatórios, sendo priorizado o arquivamento digital, com controle de acesso ao conteúdo.

O atendimento presencial do SAU se dará das 8h às 17h. Nos demais horários, os líderes administrativos de plantão nos Serviços de Saúde deverão acolher os usuários que demandarem o SAU e realizar as orientações. Cabe ressaltar que os canais do SAU e da Ouvidoria ficam disponíveis durante todo o período de operação dos Serviços de Saúde, ou seja, 24 horas, por meio dos formulários digitais e impressos e urnas lacradas dispostas nas Unidades.

INDICADORES DE QUALIDADE

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** compromete-se com metas para garantir a qualidade das ações do Serviço de Atendimento ao Usuário e da Ouvidoria.

Inicialmente os serviços serão implantados com as metas mensais a seguir estabelecidas e trimestralmente poderão serão revistas em parceria com a **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

Indicador

Analise de satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula:

[Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100.

Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	**<5%**

A partir das metas e dos atendimentos realizados no SAU, o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** irá elaborar relatórios com os seguintes indicadores, para acompanhamento da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

Modelo de Relatório para Acompanhamento

INDICADORES							
Indicador	**Código**	**Data Início**	**Prazo**	**Data Fim**	**Síntese**	**Resposta**	**Plano de Ação**
Ouvidoria SUS	Distinção para facilitar a localização da manifestação. Ex: UNID.OUV.2022.01.01	Data em que a manifestação foi registrada pelo usuário. Ex.: 15/02/2022	Prazo máximo para resposta da demanda de acordo com a Ouvidoria SUS. Ex.: 22/02/2022	Data em que a manifestação foi respondida ao usuário. Ex.: 20/02/2022	Síntese com os pontos principais da manifestação do usuário.	Síntese da resposta encaminhada ao usuário. Todos os pontos elencados na Síntese da manifestação (campo anterior) devem ser respondidos neste campo.	Elencar todas as ações do Plano de Ação gerado a partir da manifestação do usuário.
Demanda SAU	Distinção para facilitar a localização da manifestação. Ex: UNID.SAU.2022.01.01	Data em que a manifestação foi registrada pelo usuário. Ex.: 15/02/2022	Prazo máximo para resposta da manifestação conforme política interna Ex.: 22/02/2022	Data em que a manifestação foi respondida ao usuário. Ex.: 22/02/2022	Síntese com os pontos principais da manifestação do usuário.	Síntese da resposta encaminhada ao usuário. Todos os pontos elencados na Síntese da manifestação (campo anterior) devem ser respondidos neste campo.	Elencar todas as ações do Plano de Ação gerado a partir da manifestação do usuário.

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

As manifestações do SAU serão expostas em relatório mensal com as indicações de data da abertura da manifestação, data do envio da resposta, breve descrição da demanda, resposta encaminhada ao usuário e quais foram as medidas tomadas pela Unidade, ou seja, o Plano de Ação diante da manifestação do usuário.

Já as demandas da Ouvidoria do SUS serão apresentadas, também mensalmente, em relatório com a data da abertura do chamado no sistema Ouvidor SUS, o prazo estabelecido em sistema, a data em que a resposta foi encaminhada, breve descrição da demanda, resposta encaminhada ao usuário e o Plano de Ação diante da demanda.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** também apresentará mensalmente um relatório gráfico com os dados da Pesquisa de Satisfação, em que serão apresentados os percentuais de

cada possibilidade de resposta para cada pergunta proposta, os comentários dos usuários separados em positivo, negativo e neutro, percentual de usuários que não completaram a pesquisa e percentual de respostas obtidas, conforme previsto nas metas estabelecidas.

No relatório de metas, serão apresentados os dados quantitativos da Ouvidoria do SUS, do SAU e da Pesquisa de Satisfação, em percentuais, conforme previsto no quadro de metas.

Uma versão consolidada desses relatórios será exposta nos quadros murais da unidade e o Conselho Gestor terá acesso a todos os relatórios. Dessa forma, garantimos acompanhamento e o reconhecimento às boas práticas da Unidade.

Após o tratamento das manifestações recebidas deverá haver a consolidação das informações em relatórios estruturados e estes deverão ser apresentados em reuniões internas junto à equipe da Unidade, em reuniões externas, com destaque para a reunião do Conselho Gestor realizado, mensalmente, em cada Serviço de Saúde e também no Conselho Gestor Regional, para que em ambos os fóruns haja a análise e consenso de ações, com registro em ata e encaminhamento conforme fluxo estabelecido.

4.2.4. Atendimento a Usuários Idosos, Crianças, Adolescentes e Portadores de Necessidades Especiais

"Acolher significa o ato de atender, receber, tomar em consideração, em atenção, agasalhar". (Dicionário Aurélio, 1998).

É necessário que os colaboradores das unidades de saúde atentem para o contato inicial, assumindo atitudes facilitadoras para a inclusão da criança/adolescente e portadores de necessidades especiais no local, tais como:

- Tratar a idosos, criança/adolescente e portadores de necessidades especiais pelo nome;
- Dirigir-se a idosos, criança/adolescente e portadores de necessidades especiais com palavras de conforto, transmitindo-lhe segurança e apoio;
- Não emitir juízo de valores ou comentários sobre a situação do idoso, criança/adolescente e portadores de necessidades especiais;
- Expressar gesto concreto, oferecendo cuidados em relação à alimentação, agasalho, higiene, medicação, etc.

Para a criança/adolescente e portadores de necessidades especiais que é acolhida deverão ser feitos da mesma forma o atendimento à família com recepção ao acompanhante, segundo marcos legais e princípios éticos: Será garantida condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança/adolescente/ portadores de necessidades especiais, com acomodação adequada e fornecimento das principais refeições. Necessário se faz informar os acompanhantes das rotinas da unidade de saúde, colocar a equipe multiprofissional em contato e articulação com os mesmos.

No atendimento de adolescentes nos serviços, destaca-se que há mudança na relação médico-paciente nessa faixa etária em comparação com a da criança, em que a primeira deixa de ser uma relação profissional-responsável e passa a ser uma relação profissional-adolescente. Como a consulta deve sempre acontecer em dois momentos, um junto com a sua família e outro só com o adolescente, às vezes a família não autoriza essa privacidade. No entanto, é um direito do adolescente, garantido pelo ECA.

O art. 3º descreve que "*a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar os desenvolvimentos físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade*". Portanto, qualquer exigência que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável.

Os diversos marcos legais que definem a adolescência ou o que significa ser um adulto são variados e acabam trazendo dificuldades no atendimento à saúde dos adolescentes, pois impedem que estes tenham clareza com relação aos seus direitos e deveres. Pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência vai dos 12 aos 18 anos, e o Código Civil determina a maioridade aos 18. A imputabilidade também só é possível aos 18. Entretanto, é permitido votar aos 16 anos; ou seja, de um lado já se é adulto aos 16 anos para votar e por outro só aos 18 anos torna-se apto a casar, criar empresas, submeter-se a determinados procedimentos etc.

Pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência vai dos 10 aos 20 anos incompletos. Entretanto, a SBP e os Serviços de Saúde para Adolescentes atendem pacientes somente a partir dos 12 anos. Esse enquadramento variável confunde o profissional e o próprio

adolescente, que às vezes se vê diante de tratamentos diferentes para situações semelhantes, dependendo da idade.

Os princípios éticos no atendimento a adolescentes nos serviços de saúde se referem especialmente à privacidade, caracterizada pela não permissão de outrem no espaço da consulta; confidencialidade, definida como acordo entre profissional da saúde e cliente de que as informações discutidas durante e após a consulta não podem ser passadas aos responsáveis sem a permissão do adolescente; sigilo, regulamentado pelo artigo 103 do Código de Ética Médica, e autonomia, contida no Capítulo II, art. 17, do ECA.

Estudos mostram que quando o sigilo e a confidencialidade não são garantidos, a maioria dos adolescentes não revela certas informações. Existem, entretanto, situações em que o profissional percebe que o adolescente não tem condições de arcar sozinho com sua saúde ou se conduz de forma a causar danos a si ou a outras pessoas. Nessas, a quebra do sigilo é justificada. Entre tais situações destacamos gravidez, AIDS, percepção da ideia de suicídio ou homicídio, drogadição e recusa ao tratamento.

Nas situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo médico, o paciente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude. Cada situação de conflito entre interesses do adolescente e os de seus responsáveis deve ser individualmente estudada, construindo-se conjuntamente uma "verdade para aquele momento". Os indivíduos evoluem da heteronomia para a autonomia, e cada um tem ritmo e época/idade particulares em que isso acontece.

A análise de cada caso deve ser prima facie, ou seja, não pode haver regras sem exceção. No dever prima facie a melhor conduta é decidida no momento do conflito e deve ser priorizada de acordo com as circunstâncias.

Em outras situações, como grávidas que se negam a comunicar esse fato aos responsáveis e avisam que vão abortar; pacientes com vírus da imunodeficiência positivo (HIV+) que não aceitam compartilhar seu diagnóstico com a família, adolescentes consumidores de drogas ilícitas, há necessidade de quebra do sigilo da consulta, mesmo que o paciente não concorde. A resistência em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família demonstra uma desarmonia que pode e precisa ser enfrentada pela equipe de saúde, sempre priorizando a preservação do direito do adolescente à saúde.

Para o atendimento de idosos em unidades hospitalares no Brasil, existem diversas normas e regulamentações que devem ser seguidas, visando garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados a essa população.

ORIENTAÇÃO GERAL SOBRE O DIREITO AO ATENDIMENTO PRIORITÁRIO – IDOSOS, PESSOA COM DEFICIÊNCIA, PORTADORES DE HEMONOGLOBINOPATIAS, AUTISMO E TRANSTORNOS MENTAIS E SITUAÇÕES ESPECIAIS

Pacientes Idosos: Segundo a Lei N.º 10.741/2003 no art. 1.º é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme Classificação de Risco.

Pacientes com deficiência: Segundo o Estatuto de pessoas com deficiência Lei no 13.146/2015, no Art. 2o considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade
conforme Classificação de Risco.

Pacientes portadores de hemonoglobinopatias, autismo e transtornos mentais: Caso seja previamente identificado durante o Acolhimento, os pacientes portadores de hemonoglobinopatias, autismo e transtornos mentais, deverão serem atendidos com prioridade, conforme determina a lei nº 8.964, de 03 de agosto de 2020.

Situações Especiais em Hospitais: Paciente escoltado deverá ser classificado conforme grau de risco ou situação/queixa, garantindo atendimento médico o mais rápido possível devido a vulnerabilidade.

CONCLUSÃO

Pessoas com deficiência e idosos têm direito ao atendimento prioritário em estabelecimentos públicos e privados, conforme determinado pela Lei nº 10.048/2000 e pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003).

O atendimento prioritário deve ser concedido a pessoas com deficiência, idosos com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo.

Esse direito é assegurado em qualquer estabelecimento que preste atendimento ao público, como órgãos públicos, bancos, lojas, restaurantes, farmácias, hospitais, entre outros.

Para garantir o atendimento prioritário, é importante que as pessoas que se enquadram nesses grupos informem aos responsáveis pelo atendimento sobre sua condição. Em alguns casos, pode ser necessário apresentar documentos que comprovem a deficiência ou a idade.

É importante ressaltar que o atendimento prioritário não se limita apenas ao acesso aos serviços, mas também inclui a garantia de condições adequadas de acessibilidade e conforto para as pessoas com deficiência e idosos, como rampas de acesso, assentos reservados e banheiros adaptados, por exemplo.

PROPOSTA DE QUALIFICAÇÃO PARA OS CASOS ELENCADOS

Em hospitais, o direito ao atendimento prioritário para pessoas com deficiência e idosos deve ser garantido através de ações que visem a acessibilidade e o acolhimento desses pacientes.

Algumas das medidas que podem ser adotadas para garantir o atendimento prioritário em hospitais incluem:

- Disponibilização de rampas de acesso, elevadores e outros recursos que facilitem a mobilidade de pessoas com deficiência e idosos;
- Oferecimento de assentos prioritários em salas de espera, consultórios e outros locais de atendimento;
- Adequação dos banheiros para torná-los acessíveis e adaptados às necessidades dos pacientes com deficiência e idosos;
- Treinamento e capacitação dos profissionais de saúde para lidar com pacientes com deficiência e idosos, oferecendo um atendimento mais humanizado e acolhedor;
- Disponibilização de materiais de comunicação em formatos acessíveis, como braille, áudio e recursos visuais;
- Garantia de que os pacientes com deficiência e idosos tenham prioridade em procedimentos e atendimentos que necessitem de maior urgência.

TÉCNICA

CAPACIDADE DE GERENCIAR AS AÇÕES ASSISTENCIAIS

5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (F3)

5.2. Certificação Comprovada em Gerência Hospitalar em Estabelecimento de Saúde de Pequeno Médio e Grande Porte, emitidas por Pessoa de Direito Público ou Privado

Grupo A – Unidade de Grande Porte com mais de 150 Leitos de Internação

Representado pelo Sr. Alexandro Souza Girardi, referente a unidade hospitalar Hospital Geral de Camaçari.

Grupo A – Unidade de Médio Porte de 50 até 150 Leitos de Internação e Fração

Representado pela Sra. Maria Dulcimary Ribeiro Fonseca, referente a unidade hospitalar Hospital Dom Orione em Araguaína.

E também pelo Hospital Antonio Teixeira Sobrinho - HMATS, Unidade hospitalar de característica Geral, com unidade de Hemodiálise dentro do mesmo, pactuado para atender mais de 20 cidades, abrangendo uma população de cerca de 400 mil habitantes, na cidade de Jacobina - BA. Com serviço prestado por tempo maior de 12 meses. Com capacidade de 120 leitos.

Grupo B – Comprovação de Gerenciamento em Unidade Hospitalar com mais de 50 Leitos, de 2 a 4 anos e 11 meses

Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado – HMA: Com contrato iniciado em 16 de abril de 2018 e vigente até a presente data por meio de aditivos. Referência no atendimento pediátrico para todo o Tocantins, fica situado em Araguaína. Oferta os serviços de UTI pediátrica, internação pediátrica, cirurgias pediátricas eletivas e de urgência/emergência. Dispõe de 61 leitos, distribuídos entre enfermaria, estabilização e UTI. Também oferece Exames Laboratoriais, Radiografias, Eletrocardiograma, Ecocardiograma Transtoráxico com Doppler e Ultrassonografia Transvaginal, Obstétrica e Mamária. Mas também fazendo toda referência oftalmológica e ambulatorial da região, oferta o serviço de residência médica em Pediatria. Desde

novembro de 2019 o HMA é referência nacional em Cirurgias Cardíacas Pediátricas, tendo realizado mais de 100 procedimentos. O Hospital também conta com o serviço de Cirurgia Pediátrica especializada, de dezembro de 2018 a dezembro de 2020 o serviço somou cerca de 774 cirurgias realizadas.

Grupo C – Comprovação que possui hospital próprio por mais de 05 (cinco) anos

Hospital Day Clinic: Espaço de saúde com serviços especializados, a Day Clinic funciona em Araguaína no Tocantins. Serviço próprio do ISAC - Instituto Saúde e Cidadania para promoção de saúde e bem-estar, a Day Clinic possui serviços médicos, multiprofissionais e estéticos. A unidade foi criada em 20 de julho de 2016.

Grupo D – Qualificação da Organização Social em Goiás e/ou outra Unidade da Federação por de 05 (cinco) a 09 (nove) anos e 11 (onze) meses

QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL		
LOCAL	**ESTADO**	**DATA**
JACOBINA	BA	19/08/2014
MACEIÓ	AL	16/04/2015
ARAGUAÍNA	TO	16/09/2015
DISTRITO FEDERAL	DF	28/04/2016
JACAREÍ	SP	06/08/2016
MACAPÁ	AP	10/05/2017
APARECIDA DE GOIÂNIA	GO	28/12/2017

Grupo D – Qualificação da Organização Social em Goiás e/ou outra Unidade da Federação por de 01 (um) a 04 (quatro) anos e 11 (onze) meses

QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL		
LOCAL	**ESTADO**	**DATA**
ALAGOAS	AL	25/07/2018
TOCANTINS	TO	22/11/2018
MATO GROSSO DO SUL	MS	01/07/2019

PARÁ	PA	28/06/2019
PARAÍBA	PB	08/10/2019
BARUERI	SP	26/10/2019
SALVADOR	BA	12/11/2019
SETE LAGOAS	MG	29/01/2020
GOIÁS	GO	18/03/2021
SÃO PAULO	SP	07/05/2021

Grupo E – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** apresenta o **Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS Saúde),** ativo e regular, na forma de Anexo deste Plano de Trabalho.

5.3. Reconhecimentos e Acreditação

Como premiação, possui um hospital, que é o **Hospital Municipal de Araguaína** reconhecido como o 22º melhor hospital público do Brasil, é uma premiação nacional inédita, onde apenas as 40 melhores instituições hospitalares vinculadas ao SUS do país celebraram a mesma. Lembrando que é o único hospital público localizado fora do estado de São Paulo que é acreditado internacionalmente pela Qmentum International, foi reconhecido como o 22º melhor hospital público do Brasil, onde tudo ocorreu durante a gestão do Instituto.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** tornou-se a primeira OS do Norte e Nordeste a ser acreditada internacionalmente em Rede de Atenção à Saúde, e é o segundo da América Latina a receber a acreditação internacional.

Tudo que sintetizamos acima se refere ao "JEITO ISAC", que é uma forma de comportamento de como esperamos que as instituições ISAC e as pessoas que elas integram vivenciem o dia-a-dia, tem muito da forma como nos percebemos, uma visão própria de como fazemos as coisas. Entretanto, tudo isso sendo seguido e aplicado na nossa rotina pode e será reconhecido também através de análises externas, de forma objetiva. Esse reconhecimento pode vir através de premiações, certificações ou acreditações.

As acreditações existem no setor da saúde com o foco principal de avaliar qualidade e segurança do paciente, mas também analisando a maturidade na gestão institucional.

Uma acreditação nacional que sempre é foco em todas a instituições é a certificação da Organização Nacional de Acreditação – **ONA**. Ela pode ser conseguida em 3 níveis de evolução que é a acreditação (nível I), acreditação plena (nível II) e acreditação com excelência (nível III).

Atualmente temos uma unidade acredita nível I que é a UPA Trapiche da Barra em Maceió – AL e outras unidade que já passaram pelo processo diagnóstico (que é solicitado quando atingimos um nível organizacional que nos permite pensar em certificação de forma objetiva).

Outra acreditação que avalia qualidade e segurança é Internacional, conhecida como acreditação Canadense ou **Qmentum,** um processo árduo, que pode levar até 2 anos para ser atingido, realizado com acompanhamento trimestral da instituição certificadora até o processo final, atualmente temos uma instituição que está nesse processo, que é o Hospital Municipal de Araguaína.

Uma acreditação que não analisa diretamente cada instituição de saúde, mas analisa a instituição gestora, no caso o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, em sua capacidade administrativa e gerencial, analisando todos os seus processos e o desdobramento desses processos dentro das unidades é o **Colégio Brasileiro de Acreditação – CBA**.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** já início o processo de acreditação, passando pela fase inicial diagnóstica e em breve receberá as visitas de certificação, demonstrando a sua capacidade gestora.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** também é uma instituição que preza pela tecnologia no desenvolvimento da saúde e, principalmente, agregando ao dia-a-dia, facilitando o trabalho de quem está nas unidades, trazendo mais agilidade, produtividade e segurança das informações. Para tal, a ISAC sempre trabalha com o objetivo de suas instituições terem prontuários eletrônicos dos pacientes (PEP) 100% digitais e para isso é avaliado através da **HIMSS**, que define o nível de digitalização da instituição de acordo com o grau de implementação do prontuário eletrônico. A unidade UPA do Trapiche em passou por essa avaliação, e está na fase inicial do processo para mais essa acreditação.

Ficou demonstrado aqui como o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** valoriza as pessoas e o seu desenvolvimento, tentando oferecer oportunidades e reconhecendo seu crescimento e oferecendo um ambiente de trabalho que favoreça isso.

Para tal trabalhamos com avaliação de clima e submetemos à avaliação externa da *Great Place to Work* – **GPTW**, tendo conseguido já 2 certificações em unidades distintas e 1 prêmio nacional como sexto melhor lugar para se trabalhar na coorte clínicas no Brasil em 2018.

Todas essas certificações, acreditações e prêmios é só o reconhecimento externo do que o nosso "JEITO ISAC" pode fazer de transformador pela saúde nas instituições que trabalhamos.

O "JEITO SAC" é simplesmente o nosso jeito de ser, trabalhar e cuidar dentro das instituições **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**. Tão simples quanto necessário e tão importante quanto complexo de mantermos no dia-a-dia.

Muitos precisam desenvolver algumas características aqui apontadas, vários não conseguem ser plenos em todos os pontos e alguns, simplesmente, não conseguirão se adequar ao nosso jeito. O importante é termos a clareza desse "JEITO ISAC" e a sinceridade em expô-lo para que todos tenham conhecimento do que esperamos de cada um.

Aos que se reconhecem nesse "NOSSO JEITO" ou que vêem sentido em tudo isso é uma ótima oportunidade de fazer parte desse mundo e iniciarmos um processo de crescimento conjunto. Bem-vindo ao **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, sinta-se bem com o "JEITO ISAC" e "Vamos fazer uma saúde melhor".

5.4. Apresentação de Proposta das Metas para o Quadro de Pessoal da Equipe Multidisciplinar

Quadro de metas para a área médica dos serviços de:

Quantitativo e carga horária de pessoal médico (especialidades – planilha A)	**Apresentados na forma de ANEXO deste Plano de Trabalho**
Quantitativo e carga horária de pessoal de nível superior não médico (planilha B)	
Quantitativo e carga horária de pessoal de nível médio (planilha C)	

Internações e saídas clínicas e cirúrgicas (planilha D)	**Apresentados na forma de ANEXO deste Plano de Trabalho**
Cirurgias (planilha E)	
Diárias de Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrica e neonatal (planilha F)	

Perfil de Atendimento Porta Aberta referenciada (Planilha G)	
Produção ambulatorial – Consulta Profissionais Médicos (planilha H)	
SADT – Realização de Exames (planilha I)	
Serviço de hemodiálise/Sessões (planilha J)	
SADT: Biópsias (planilha K)	
Centro Obstétrico: Parto Normal/ Parto Cesáreo (Planilha L)	

5.5. Quadro de Metas

Perfil Da Unidade

O HERSO é caracterizado como Hospital Geral de Alta e Média Complexidade em Urgência e Emergência, inserido na Rede de Urgência e Emergência como porta de Entrada (aberta), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões.

Capacidade Instalada

Estrutura

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

Capacidade Atual Instalada do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (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

Dimensão	Meta Mensal	Meta Anual
Internação		
Clínica Cirúrgica	381	4.572
Clínica Médica	55	660
Clínica Pediátrica Cirúrgica	36	432
Clínica Pediátrica	44	528
Dimensão	**Meta Mensal**	**Meta Anual**
Cirurgias Eletivas		
Cirurgia Eletiva de Alto Giro	100	1.200
Cirurgia Eletiva de Média ou Alta complexidade	80	960
Cirurgia Eletiva de Alto Custo	30	360

Dimensão	Meta Mensal	Meta Anual
Atendimentos Ambulatoriais		
Consultas médicas na Atenção Especializada	800	9.600
Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada	900	10.800
Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	40	480

Dimensão	Meta Mensal	Meta Anual
SADT Externo		
Eletrocardiograma	20	240
Raio X	30	360
Tomografia Computadorizada	50	600
Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE	15	180

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

Segue comprovação em ANEXO

5.7. Comprovar Experiência de, no mínimo 1 ano, em Função Diretiva de Unidade Hospitalar

Segue comprovação em ANEXO

5.8. Apresentar Titulação de Especialista em Administração Hospitalar ou Gestão Hospitalar

Segue comprovação em ANEXO

5.9. Protocolos

01.PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

1. OBJETIVO

Padronizar o atendimento dos pacientes com dor torácica, identificando os casos de síndrome coronariana aguda e os diagnósticos diferenciais de forma ágil e precisa com as melhores estratégias diagnósticas.

2. DEFINIÇÕES

Dor torácica - é a sensação de dor ou desconforto percebida de diversas formas, mas com localização na região anterior ou posterior do tórax. A dor torácica pode ser classificada pela característica anginosa da dor:

- Dor TIPO A: DEFINITICAMENTE ANGINOSA: Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato. Características que dão certeza de Síndrome Coronariana Aguda, independentemente dos exames complementares.

- Dor TIPO B: PROVAVELMENTE ANGINOSA: Dor torácica cujas características faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico. Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa, podendo ser típica sob alguns aspectos, mas atípica em outras.

- Dor TIPO C: PROVAVELMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou mesmo dor sem causa aparente, necessita de outros exames para excluí-la. Definida como um padrão atípico de dor torácica que não se adapta à descrição da dor definitivamente anginosa.

- Dor TIPO D: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda no diagnóstico diferencial. Dor com aspectos evidentes de origem não cardíaca.

O diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) será estabelecido quando ao menos dois dos seguintes critérios estiverem presentes: 1) dor torácica típica há mais de 20 minutos, 2) alterações eletrocardiográficas compatíveis com isquemia, lesão ou necrose (ondas Q), 3) elevações de troponina ultrassensível.

TIPOS DE IAM	CONTEXTO CLÍNICO
Tipo 1	Complicação de placa aterosclerótica (ex: erosão, ruptura, ulceração)
Tipo 2	Desbalanço entre oferta e demanda de oxigênio na ausência de complicação de placa aterosclerótica (ex: anemia, hipotensão, choque circulatório, bradi ou taquiarritmias)
Tipo 3	Morte súbita na vigilância de sintomas/alterações eletrocardiográficas sugestivas de IAM em que marcadores de necrose miocárdica não estão disponíveis
Tipo 4a	Complicação de angioplastia coronariana (ex; oclusão de ramo da artéria principal, embolização distal)
Tipo 4b	Infarto relacionado à trombose de Stent
Tipo 5	Infarto relacionado à cirurgia de revascularização miocárdica

Os critérios para diagnóstico de infarto do tipo mais comum, o IAM tipo 1, resulta da instabilizarão de placa aterosclerótica.

CRITÉRIOS DE IAM tipo1
Ascensão e/ou queda de marcadores de necrose miocárdica (idealmente troponina), com pelo menos uma dosagem acima do percentil 99 associado a pelo menos um dos seguintes:
1- Sintomas de isquemia 2- Surgimento de novas alterações de segmento ST ou de onda T ou de bloqueio de ramo esquerdo no ECG 3- ECG com ondas Q patológicas 4- Evidência através de métodos de imagem de nova perda de miocárdio viável ou de nova alteração na contabilidade segmentar do VE 5- Identificação de trombo intracoronariano por cateterismo ou por necrópsia

3. AVALIAÇÃO INICIAL

Pacientes com dor torácica devem ser triados e avaliados de forma criteriosa e ágil, priorizando uma anamnese bem-feita (importante a caracterização da dor), história pregressa e familiar, fatores de risco e exame físico. Alterações do exame físico permitem o diagnóstico diferencial de SCA com outras causas de dor torácica. Ainda na avaliação inicial deve ser realizado o ECG e dosagem de troponina.

- **ELETROCARDIOGRAMA (ECG)**

Primeiro eletrocardiograma: realizado na triagem para todo paciente que chegar relatando dor torácica (Dor Tipo A, B, C e D), com interpretação imediata (menor 10 minutos) sem passar por processo administrativo na recepção. Realizar novo ECG de 12 derivações nos pacientes que tiverem piora ou mudança da característica da dor torácica ou pelo menos mais uma vez nas primeiras 6 horas do atendimento nos casos de dor torácica definitivamente anginosa, provavelmente anginosa ou provavelmente não anginosa, mesmo que o ECG inicial tenha sido normal. (Dor Tipo A, B e C). Devido à sua baixa sensibilidade para o diagnóstico de SCA, o ECG nunca deve ser o único exame complementar utilizado para confirmar ou afastar o diagnóstico da doença, necessitando de outros testes simultâneos, como dosagem de troponina (melhor biomarcador). Os critérios utilizados pela terceira definição universal de infarto, que também são usados nas III Diretrizes de ECG da SBC são:

✓ Nova elevação do segmento ST, medida do ponto J, >1 mm em pelo menos duas derivações contíguas com exceção de V2 e V3.

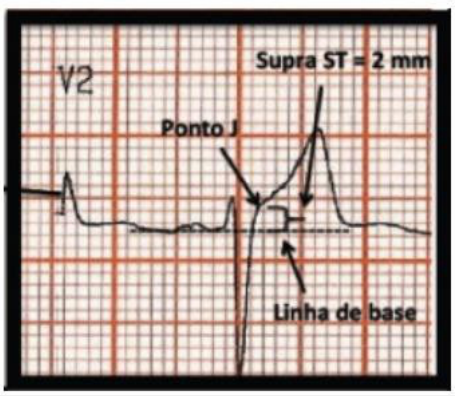
✓ Em V2 e V3, o critério depende do gênero e da idade do paciente:

- mulher > 1,5 mm
- homem > 40 anos: > 2 mm e homem < 40 anos > 2,5 mm

Ponto J = ponto entre o fim do QRS e o início do segmento ST.

Esta observação de V2 e V3 é bastante importante já que não é raro observarmos nestas derivações, um supra de ST discreto em pacientes ambulatoriais assintomáticos.

Exemplo de um caso ambulatorial não isquêmico:



- **DOSAGEM DE TROPONINA**

Os marcadores de necrose miocárdica têm um papel importante não só no diagnóstico como também no prognóstico da síndrome coronariana aguda.

Realizar da seguinte forma:

- Admissão: Troponina (ultrassensível) para os tipos de dor torácica (Dor Tipo A, B, C e D). Um protocolo de manejo rápido, que deverá ser sinalizado como protocolo de dor torácica e a coleta realizada na emergência. A partir do momento da chegada das amostras no Laboratório, o resultado estará disponível em 30 minutos.

- 1ª hora: Troponina para pacientes com dor torácica do tipo definitivamente anginosa, provavelmente anginosa e provavelmente não anginosa (Dor Tipo A, B e C).

- NOTA: Não será necessário solicitar exame de enzima CKMB.

4. EXAMES COMPLEMENTARES NA SALA DE EMERGÊNCIA

Os exames não invasivos têm importante papel no diagnóstico (sobretudo em pacientes com ECG e biomarcador normal) e na estratificação de risco do paciente com suspeita de SCA. A escolha de cada um, quer ecocardiograma, ou angiografia por tomografia computadorizada das artérias coronárias, dependerá do objetivo e da questão clínica a ser respondida.

- **ECOCARDIOGRAMA E RNM COMO PROVAS FUNCIONAIS**

O ecocardiograma é um método complementar de grande utilidade na avaliação da dor torácica na emergência. A presença de anormalidades de contração segmentar reforça a probabilidade de doença arterial coronariana (DAC), sendo indicativa de infarto, isquemia ou ambos, embora possa também ser evidenciada em casos de miocardites ou ser algum evento pregresso. Além disso, outras etiologias não menos importantes de dor torácica – tais como dissecção aórtica, estenose aórtica, miocardiopatia hipertrófica e doença pericárdica – podem ser avaliadas pelo método. Realizar para pacientes com dor definitivamente anginosa e provavelmente anginosa (Dor Tipo A e B); e, como opção a ser considerada, nos casos de dor provavelmente não anginosa (Dor Tipo C). Casos selecionados com dor definitivamente não anginosa (Dor tipo D) e/ou conforme orientação do médico assistente. Pacientes com "possível isquemia", ou seja, com quadro clínico atípico de angina e sem anormalidades eletrocardiográficas ou elevação dos marcadores de necrose do miocárdio, podem ser submetidos à ecocardiografia de estresse ou outra prova funcional 6 a 9 horas após o início dos sintomas, possibilitando diagnóstico mais preciso e alta precoce.

- **ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS**

A angio TC pode ser utilizada na sala de emergência tanto para a visualização das artérias coronárias quanto para obter informações relativas à aorta e às artérias pulmonares, permitindo a avaliação de síndromes aórticas agudas, tromboembolismo pulmonar ou outras alterações torácicas que possam ser diagnósticos diferenciais das SCA (como pneumonias e traumatismos). Essa abordagem recebe o nome de descarte triplo (triple rule-out), porém só deve ser utilizada em situações específicas, nas quais a avaliação clínica é incapaz de direcionar o diagnóstico, OU QUANDO O ALGORITMO DO PDT INDICAR. Em resumo, a utilização da angioTC das artérias coronárias é uma estratégia segura e eficiente para a avaliação de pacientes com dor torácica aguda de risco baixo e intermediário, reduzindo o tempo para o diagnóstico correto e o tempo de internação. Desvantagens do método são a utilização de radiação ionizante, necessidade de contraste iodado, limitação em pacientes com frequência cardíaca acima de 80 batimentos por minuto ou que não possam utilizar betabloqueador.

- **SCORES DE RISCO CARDIOVASCULAR**

O score HEART avalia o risco de um evento cardíaco maior (infarto, necessidade de revascularização ou morte) em 6 semanas após sua apresentação inicial em pacientes atendidos com dor torácica.

SCORE HEART		RESULTADO
História	2 = altamente suspeita 1 = moderadamente suspeita 0 = pouco/nada suspeita	
ECG	2 = depressão significativa do segmento ST 1 = distúrbios de repolarização inespecíficos 0 = normal	
Anos (idade)	2 = > 65 anos 1 = ≥ 45 anos e ≤ 65 anos 0 = < 45 anos	
Risco (fatores*)	2 = > 3 ou história de doença aterosclerótica 1 = 1 ou 2 0 = nenhum	
Troponina	2 = > 3x o limite superior 1 = 1 a 3x o limite superior 0 = < limite superior	
		Total =

FATORES DE RISCO

- Hipertensão,
- Diabetes,
- Dislipidemia,
- História familiar de morte e/ou IAM antes dos 60 anos

VALORIZAÇÃO DOS SCORES

- 1 a 3 (baixo risco): medica o paciente e encaminha para investigação ambulatorial em 10 dias;
- 4 a 6 (risco moderado): solicita o exame de angiotomografia de coronárias com duplo ou triplo descarte (quando necessário) para orientar internação em unidade coronariana ou alta para acompanhamento ambulatorial;
- 7 ou mais (alto risco): internação em unidade coronariana para investigação

- **SEGUIMENTO FLUXO**

VERMELHO: IAM C/SST: iniciar medidas para SCA e acionamento hemodinâmico na urgência ou trombólise

LARANJA: IAM S/SST (alto risco): medidas para SCA, exceto Clopidogrel ® e discutir indicação de cateterismo na urgência com Cardiologista da unidade coronariana

AMARELO: IAM S/SST (moderado risco): angiotomografia de coronárias, medidas para SCA, exceto Clopidogrel ® e internar em unidade coronariana se doença obstrutiva

VERDE: IAM S/SST (baixo risco): alta com retorno ambulatorial em 10 dias

- **MEDIDAS PARA SCA NO FLUXOGRAMA**

o O2 se saturação abaixo de 90%;

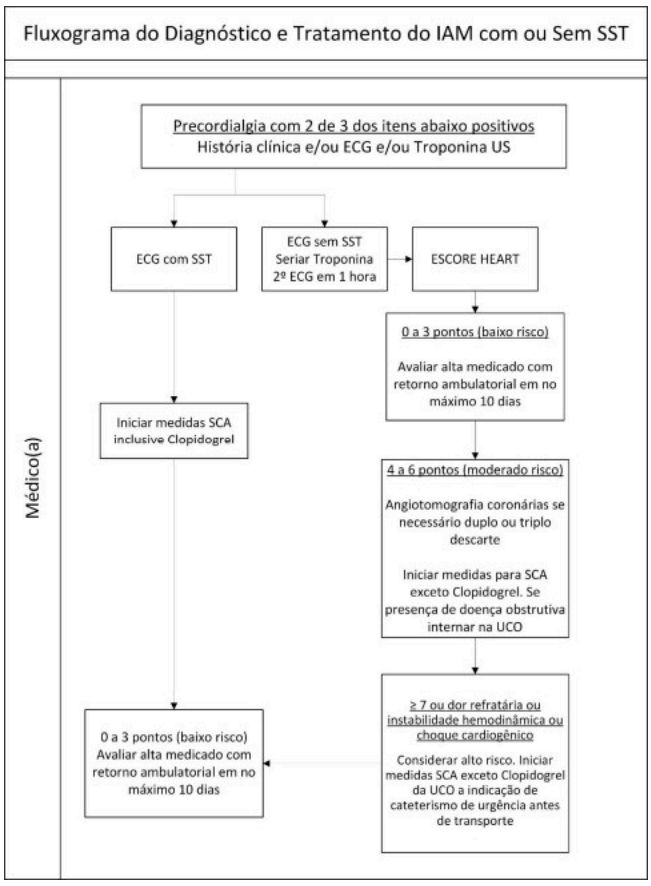
o AAS 300 mg mastigados se não fizer uso habitual ou manter dose se fizer uso rotineiro;

o Clopidogrel quando indicado no fluxograma;

o Controle da dor com Beta bloqueador, Nitrato e Morfina conforme protocolo;

o Anticoagulação conforme protocolo;

o Coleta de Troponina US sempre e repetir após 1 hora quando indicado no fluxograma.



5. TRATAMENTO INICIAL DA SCA

- **OXIGENIOTERAPIA**

A administração de oxigenioterapia suplementar em pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) está indicada quando o paciente apresentar hipóxia com SaO2 < 90% ou sinais clínicos de desconforto respiratório. A administração desnecessária de oxigênio por tempo prolongado pode causar vasoconstrição sistêmica e ser prejudicial.

- **ANALGESIA**

A terapêutica antianginosa inicial deve ser realizada com betabloqueadores e nitratos, desde que não haja contraindicações, como choque cardiogênico e/ou hipotensão e/ou IAM de VD. O sulfato de morfina poderá ser utilizado em casos refratários ou com contraindicação aos nitratos ou betabloqueadores. Deve ser administrado por via intravenosa, na dose de 2 a 4mg diluídos a cada 5min até, no máximo, 25mg. A administração em pequenos incrementos tem por objetivo evitar efeitos adversos como hipotensão e depressão respiratória. Anti-inflamatórios não esteroides (AINE) não devem ser utilizados (com exceção do AAS) para controle da dor em pacientes com IAM, pois aumentam o risco de eventos cardiovasculares maiores. Caso o paciente estiver em uso prévio de AINE, estes devem ser suspensos durante a internação devido efeitos deletérios associados à elevação da pressão arterial, risco de lesão renal aguda e hiperviscosidade sanguínea com piora do prognóstico cardiovascular.

NITRATOS: pode ser feito para controle de sintomas, sem benefício em relação à mortalidade ou desfecho primário;

BETA BLOQUEADORES: devem ser utilizados rotineiramente, redução de mortalidade no IAMCSST, poucas evidências no IAMSSST;

BLOQUEADORES DO CANAL DE CALCIO: tem efeito antianginoso tão eficiente quanto os betabloqueadores, sem comprovação da redução da mortalidade, não devem ser utilizados na disfunção de Ventrículo esquerdo.

- **CONTROLE GLICÊMICO**

O alvo dessa terapia é reduzir os níveis glicêmicos para pacientes com IAM que apresentem hiperglicemia significativa (> 180mg/dl) e evitar episódios de hipoglicemia (< 70mg/dl), que podem causar diversos efeitos deletérios incluindo a expansão da área de IAM. Em pacientes com maior risco de hipoglicemia, tais como idosos, nefropatas e pacientes com efeito residual de hipoglicemiantes orais e/ou em jejum, o controle glicêmico deve ser ajustado para tolerar níveis glicêmicos um pouco mais altos e, assim, prevenir hipoglicemia.

6. TERAPIA AINTI-ISQUÊMICA

- **NITRATO**

Os benefícios terapêuticos dos nitratos estão relacionados ao seu efeito vasodilatador, diminuindo a pré-carga e o volume diastólico final do ventrículo esquerdo, reduzindo o consumo de oxigênio pelo miocárdio. Adicionalmente, observam-se efeitos de vasodilatação de artérias coronárias, normais ou ateroscleróticas. Além do efeito sintomático, os nitratos agem reduzindo a congestão pulmonar, principalmente pela redução do retorno venoso sistêmico.

Administra-se o nitrato por via sublingual (nitroglicerina, mononitrato ou dinitrato de isossorbida). O uso sublingual de nitroglicerina (0,4mg/comp.), dinitrato de isossorbida (5mg/comp.) ou mononitrato de isossorbida (5mg/comp.) não deve ultrapassar 3 comprimidos, separadas as administrações por intervalos de 5 min. Caso não haja alívio rápido da dor, esses pacientes podem se beneficiar com a administração intravenosa. A nitroglicerina IV é empregada na dose de 10µg/ min com incrementos de 10µg a cada 5min até obter-se melhora sintomática ou redução da pressão arterial (queda da PAS não deve ser superior a 30% ou PAS não atingindo < 110mmHg), ou então aumento da frequência cardíaca (> 10% da basal).

Os nitratos estão contraindicados na presença de hipotensão arterial importante (pressão arterial sistólica [PAS] < 100mmHg) ou uso prévio de Sindenafil® nas últimas 24h, ou uso de Tadalafila® nas últimas 48h, ou no IAM de VD. Um efeito colateral comum é a cefaleia.

- **BETABLOQUEADORES**

Os betabloqueadores diminuem a frequência cardíaca, a pressão arterial e a contratilidade miocárdica, provocando redução do consumo de oxigênio pelo miocárdio. Assim, recomenda-se

o uso rotineiro de betabloqueador oral nos pacientes sem contraindicação. Caso o paciente apresente dor isquêmica persistente e/ ou taquicardia (não compensatória de um quadro de insuficiência cardíaca), pode-se utilizar a formulação venosa. Não existem evidências de superioridade de um betabloqueador sobre outro. Em pacientes que evoluem com disfunção ventricular (FEVE < 40%) o emprego de betabloqueadores é muito recomendado (carvedilol, bisoprolol e succinato de metoprolol) em pacientes sem congestão pulmonar.

A seguir, há uma relação das doses de metoprolol.

✓ Metoprolol: IV – 5mg (1 a 2min) a cada 5min até completar a dose máxima de 15mg.

✓ VO – 50 a 100mg a cada 12h, iniciado 15min após a última administração IV.

Durante a administração intravenosa, deverão ser monitorados, cuidadosamente, a frequência cardíaca, a pressão arterial, o ECG e a ausculta pulmonar. Betabloqueadores não devem ser utilizados em pacientes com sintomas relacionados a vaso espasmo por uso de cocaína durante intoxicação aguda. Em pacientes com asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica, são contraindicados apenas na vigência de broncospasmo – nessa situação, betabloqueadores beta1 seletivo são preconizados.

7. TERAPIA ANTIPLAQUETÁRIA

- **ASS (ÁCIDO ACETILSALICÍLICO)**

O AAS é o antiplaquetário de excelência, devendo ser sempre prescrito, exceto em casos de intolerância ou eventos adversos. A posologia preconizada do AAS é de 150 a 300mg para a dose de ataque, seguida por 75 a 100mg ao dia para a dose de manutenção. A dose de ataque não é necessária em pacientes que já fazem uso crônico da medicação.

- **INIBIDORES DO RECEPTOR DA P2Y12**

Na síndrome COM SST sempre deve ser feito no pronto atendimento quando realizado o diagnóstico.

Na síndrome SEM SST, o médico intervencionista realizará na sala de hemodinâmica, caso decida tratar o paciente. Em pacientes com Síndrome SEM SST com indicação de estratificação invasiva não há necessidade de início dos P2Y12 nas primeiras 48h rotineiramente.

✓ INIBIDORES DA P2Y12: devem ser usados em associação com o AAS por pelo menos 12 meses após o evento isquêmico agudo, no caso de contraindicação ao AAS, a

monoterapia é uma opção.

✓ CLOPIDOGREL®: A administração consiste em uma dose de ataque de 300mg e manutenção com 75mg ao dia.

✓ TICAGRELOR®: A administração consiste em uma dose de ataque 180mg seguidos por 90mg a cada 12h de manutenção.

8. ANTICOAGULAÇÃO

A terapia anticoagulante deve ser administrada o mais rápido possível em todos os pacientes, visto que a utilização desses compostos reduz as incidências de óbito, quando empregada após o diagnóstico. Dar preferência ao uso da Enoxaparina®, com correção da dose para a função renal, se necessário. Em paciente com clearence < 15ml/min – utilização de HNF em BIC com controle de TTPA. Deve ser mantida por 8 dias ou até a alta hospitalar.

9. CUIDADOS PÓS SALA DE EMERGÊNCIA/PRESCRIÇÃO

Todos os pacientes de risco moderado ou grave devem ficar internados em uma unidade de terapia intensiva (idealmente uma UCO) até que o tratamento definitivo da SCA seja realizado. Após a intervenção, ele deve permanecer na UCO por pelo menos mais 24-48h.

10. ESTATINAS

Estatinas de alta potência devem rotineiramente ser iniciadas para todos os pacientes com SCA, independente dos valores de LDL colesterol, a meta lipídica deve posteriormente ser atingida em ambulatório. Vigilância para efeitos adversos, dosagem de TGO/ TGP/ CPK ambulatoriais.

11. INIBIDORES DO SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONA

Não existe comprovação de benefícios na fase aguda da SCA, no entanto, sua eficácia é comprovada na fase crônica, principalmente em pacientes que evoluem com disfunção de VE e com infarto de parede anterior. Sempre atingir a maior dose tolerada pelo paciente. Dar preferência ao IECA em relação ao BRA

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST; Arq. Bras. Cardiol. 2015
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) - Atualização 2013/2014
- I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência, Arq. Bras. Cardiol volume 79, (suplemento II), 2002
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq. Bras. Cardiol. 2013: 101
- Third universal definition of myocardial infarction; European Heart Journal (2012)

02. PROTOCOLO DE CRISE HIPERTENSIVA

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Emergência Hipertensiva (EH) é definida pela elevação dos níveis pressóricos associada à lesão aguda em órgãos-alvo ou risco eminente de morte; requer internação em unidade de cuidados intensivos e redução imediata da PA, a redução inicial não deve ultrapassar 20% a 25% da PA média inicial.

Urgência Hipertensiva (UH) é definida pela elevação da pressão arterial sem lesão de órgão-alvo, geralmente associada à interrupção ou redução da medicação anti--hipertensiva. Pacientes com urgência hipertensiva devem ter sua pressão arterialreduzida em 24 a 48 horas. Existem, ainda, as pseudocrises hipertensivas, situações nas quais o aumento acentuado da pressão

arterial é desencadeado por dor (cólicas, cefaleia), desconforto (tontura), ansiedade. O tratamento visa ao controle dos fatores desencadeantes.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DAS EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

EMERGÊNCIAS	URGÊNCIAS
Encefalopatia hipertensiva	Angina instável
Edema agudo do pulmão	Pré-eclâmpsia
Infarto agudo do miocárdio	Anticoagulação
Aneurisma dissecante da aorta	Intoxicação por cocaína ou anfetamina
Eclâmpsia	Pré e pós-operatório
Sangramento pós-operatório	Transplante renal
Crises de feocromocitoma	Rebote hipertensivo após suspensão súbita de clonidina ou outras medicações anti-hipertensivas
Hipertensão acelerada/maligna com papiledema	

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Anamnese

História prévia de HAS, tratamento atual, uso de drogas hipertensoras (cocaína, anfetamina, simpaticomiméticos), sintomas de disfunções cardíacas, cerebrais, visuais e/ ou renais (cefaleia, dispneia, angina, alteração do nível de consciência).

Exame físico

Aferir a PA em ambos os braços, avaliar status neurológico, fundo de olho, exame do aparelho cardiovascular e pulmonar (inspeção, palpação e ausculta). Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHG)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHG)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Exames complementares:

Hemograma, EAS, ureia, creatinina, eletrólitos, ECG, RX tórax para todos os pacientes em Emergência Hipertensiva. Ecocardiograma transtorácico, TC crânio e RNM de acordo com a apresentação do quadro clínico.

4. TRATAMENTO

O tratamento das Emergências e Urgências Hipertensivas depende do órgão-alvo que está sendo comprometido e varia desde a não redução, ou redução extremamente cautelosa, da pressão

arterial, como no AVE, até a redução abrupta e agressiva dos níveis tensionais, como na Dissecção Aórtica ou EAP. O objetivo do tratamento medicamentoso é a redução da PA média nas primeiras horas em 25% dos níveis pressóricos aferidos na admissão do paciente, o que habitualmente é o necessário para controlar a complicação em curso ou instalada. Essa medida visa à preservação da autorregulação cerebral, coronariana e renal, evitando o hipofluxo e a isquemia nesses órgãos. Quanto à normalização dos níveis tensionais, é uma meta a ser alcançada em regime de tratamento ambulatorial. A única exceção a essa regra fica por conta dos pacientes com dissecção de aorta, nos quais a redução pressórica deve ser a máxima tolerada. Essa medida permite a estabilização do quadro e a abordagem cirúrgica precoce da dissecção. As EH devem ser tratadas com fármacos endovenosos, enquanto as UH podem ser tratadas com fármacos sublinguais ou orais.

Características farmacológicas dos hipotensores endovenosos

A) Nitroprussiato de sódio (vasodilatador arterial):

- dose: 0,25–10 mcg/kg/min;
- diluição: 1 frasco (50 mg) + 248 ml SG5% (200 mcg/ml);.
- início de ação: imediato;
- duração: 1–2 minutos;
- efeitos adversos: intoxicação por cianeto.

B) Nitroglicerina (vasodilatador venoso):

- dose: 10–200 mcg/min;
- diluição: 5 ml + 245 mL SG 5% (6ml/h = 10 mcg/min);

- 10 ml + 240 ml SG 5% (3 ml/h = 10 mcg/min);
- início de ação: 2–5 minutos;
- duração: 5–10 minutos;
- efeitos adversos: cefaleia, taquicardia, vômitos.

C) Metoprolol (betabloqueador):

- dose: 5–15 mg (5 mg IV lento a cada 5 minutos, máximo 15 mg);
- apresentação: ampola 5 mg/ 5ml;
- início de ação: 2–5 minutos;
- duração: 1–2 h;
- efeitos adversos: bradicardia, broncoespasmo.

D) Hidralazina (vasodilatador arterial):

- dose: 10–20 mg (bolus);
- apresentação: ampola 20 mg;
- início de ação: 5–15 minutos;
- duração: 2–6 h;

efeitos adversos: taquicardia, metabolização reduzida em hepatopatia e nefropatia.

Características farmacológicas dos hipotensores sublinguais

A) Captopril:

- dose: 6,25–25 mg SL ou VO;
- apresentação: comprimido de 25 mg;
- início de ação: 15–30 minutos;
- duração: 2–6 h (SL); 6–8 h (VO);
- efeitos adversos: tosse, hipercalemia, insuficiência renal (na presença de estenose de artéria renal).

B) Clonidina:

- dose: 0,1–0,2 mg VO 1/1 h (dose máxima 0,6 mg);
- apresentação: comprimido de 0,1 e 0,2 mg;
- início de ação: 30–60 minutos;
- duração: 6–8 h;
- efeitos adversos: hipotensão postural, boca seca, sonolência.

Terapêutica para cada tipo de emergência hipertensiva

A) Acidente Vascular Encefálico:

- fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio;
- indicado se PA sistólica > 200 mmHg e/ou PA diastólica > 110 mmHg;
- evitar PA diastólica inferior a 110 mmHg;

B) **Encefalopatia Hipertensiva**

- fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio;
- realizar TC de crânio para afastar AVE.

C) **Síndrome Coronariana Aguda**

- fármaco de escolha: Nitroglicerina + Betabloqueadores

D) **Dissecção Aórtica**

- fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio + Betabloqueadores.

E) **Edema Agudo de Pulmão (EAP)**

- fármaco de escolha: Nitroglicerina + Morfina + Furosemida.

F) **EAP em paciente renal crônico:**

- fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio + Hidralazina (Furosemida se apresenta diurese); • avaliar hemodiálise.

G) **Crise simpática:**

- fármaco de escolha: Verapamil + Betabloqueador + Benzodiazepínico;

- betabloqueador contraindicado em intoxicação por cocaína.

H) **Eclâmpsia:**

- fármaco de escolha: Hidralazina;
- antecipar parto.

5. REFERÊNCIAS

- HILAL-DANDAN, R.; BRUNTON, L. L. Goodman and Gilman's Manual of Pharmacolgy and Therapeutics. 2. ed. New York, EUA: McGraw-Hill, 2011.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, setembro, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05 HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: mar. 2017.
- MANCIA, G.; DE BACKER, G.; DOMINICZAK, A.; CIFKOVA, R.; FAGARD, R.;

GERMANO, G. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007, Jun;25(6):1105-87.

- ROSEI, E. A.; SALVETTI, M.; FARSANG, C. European Society of Hypertension Scientific Newsletter: treatment of hypertensive urgencies and emergencies. J Hypertens. 2006 Dec;24(12):2482-5.

03. PROTOCOLO DE CHOQUE SÉPTICO / SEPSE

1. INTRODUÇÃO

A importância da implementação deste protocolo se justifica pelo cenário nacional, uma vez que estudos apontaram que 30% dos leitos de UTI do país estão ocupados por pacientes com sepse ou choque séptico, com uma letalidade elevada da ordem de 55%, acarretando um custo elevado tanto pelo ponto de vista de vidas perdidas como pelo aspecto econômico. Trata-se, portanto, de um desafio devido à necessidade de pronto reconhecimento e tratamento precoce por parte dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente séptico.

2. CARACTERISTICAS E ABRODAGEM DIAGNÓSTICA

Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS)

Embora não seja obrigatória para o diagnóstico de sepse, a equipe multidisciplinar deve estar atenta à presença dos seguintes sinais de alerta, por ocasião da triagem do paciente com suspeita de sepse:

- temperatura central > 38,3 ºC ou < 36 ºC;

- frequência cardíaca > 90 bpm;

- frequência respiratória > 20 irpm ou PaCO2 < 32 mmHg;

- leucócitos totais > 12.000/mm³ ou < 4.000/mm³, ou presença > 10% de formas jovens (desvio à esquerda).

Observação: A ausência dos critérios de SIRS não exclui o diagnóstico de sepse. Alguns pacientes, principalmente idosos e imunossuprimidos, não apresentam esses sinais. Assim, na presença de uma das disfunções orgânicas citadas a seguir, sem outra explicação plausível, pense em sepse e inicie as medidas preconizadas nos pacotes.

Sepse

Consiste na disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do hospedeiro frente a uma infecção. As principais disfunções orgânicas são:

- hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg da PA basal);

- diurese < 0,5 ml/kg/h ou elevação abrupta da creatinina (> 2 mg/dl);

- relação PaO2/FiO2 < 250 ou necessidade de O2 para manter SpO2 > 90%;

- contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos três dias ou INR > 1,5;

- acidose metabólica inexplicável: déficit de bases ≤ 5,0 mEq/L e lactato acima do valor de referência;
- rebaixamento do nível de consciência, agitação ou delirium;
- aumento significativo de bilirrubinas (> 2x o valor de referência).

Choque séptico

Envolve aqueles pacientes com sepse que evoluíram com hipotensão refratária à reposição volêmica adequada.

3. TRATAMENTO

Após preenchimento da Ficha de Acompanhamento (A SER IMPLEMENTADA) e identificação do paciente com SUSPEITA de SEPSE, os seguintes passos devem ser cumpridos:

A) Anotar o horário ("tempo ZERO") e data do início do protocolo, tratando o caso como emergência médica;

B) Iniciar o PACOTE DE 3H (cumprimento dentro das primeiras 3 horas da triagem inicial):

Passo 1:

- coleta do Kit Sepse completo (hemoculturas, gasometria, lactato — preferencialmente arterial sérico —, hemograma completo, creatinina, bilirrubinas e coagulograma) e encaminhamento imediato ao laboratório; E

- coleta de hemoculturas (2 sítios distintos para aeróbios, 1 para anaeróbios e 1 para fungos) ANTES da administração do antibiótico; E

- coleta de culturas de outros sítios pertinentes ANTES da administração do antibiótico.

Passo 2:

- início do antimicrobiano empírico de amplo espectro em até uma hora (FIGURA 2).

Passo 3:

- Ressuscitação hemodinâmica, conforme FIGURA 1, caso LACTATO > 2 vezes o valor de referência institucional ou HIPOTENSÃO ARTERIAL (PAS < 90 ou PAM < 65 mmHg) com prescrição de REPOSIÇÃO VOLÊMICA AGRESSIVA, com pelo menos 30 ml/kg de solução cristaloide em 30 a 60 minutos.

C) Iniciar o PACOTE DE 6H (cumprimento dentro das primeiras 6 horas da triagem inicial): Passo 4:

- reavaliação do status volêmico (resposta clínica, PVC e métodos dinâmicos) e da perfusão tecidual, conforme FIGURA 1; E

- uso de vasopressores no caso de PAM < 65 mmHg persistente, refratária à reposição volêmica iniciada no passo anterior; E

- coleta do 2º lactato (para pacientes com o primeiro lactato acima de 2 vezes o valor normal).

D) Objetivos terapêuticos:

- PVC entre 8-12 mmHg em pacientes com ventilação espontânea e entre 12-15 mmHg em pacientes com ventilação mecânica;
- PAM > 65 mmHg;
- débito urinário > 0,5 ml/kg/h;
- saturação venosa central O2 > 70%;
- clareamento do lactato em 10 a 20% em relação aos níveis anteriores visando à normalização do mesmo.

E) Recomendações e observações:

- O vasopressor deve ser iniciado mesmo dentro das primeiras três horas nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora à vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica. 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 o acesso venoso central, sendo a primeira opção noradrenalina na dose de 0,2 a 2 µg/kg/min;
- Avaliar transfusão sanguínea se hemoglobina < 7 g/dl;
- Em pacientes com hemoglobina > 7 g/dl, a estratégia inicial recomendada é o uso da dobutamina e não a transfusão. A dose inicial de 2,5 µg/kg/min deve ser progressivamente aumentada em incrementos de 2,5 µg/kg/min até que se obtenha SvcO2 > 70%, sendo a droga de escolha em pacientes sépticos com evidências clínicas e/ou ecocardiográficas de disfunção ventricular;

- Somente em paciente com choque séptico refratário pode-se avaliar a prescrição de hidrocortisona 50 mg 6/6 h. Não usar rotineiramente essa medicação em todos os pacientes;

- Caso o paciente esteja em ventilação mecânica, todos os esforços devem ser feitos para manter a pressão de platô de 30 cm H2O. A equipe de fisioterapia deve registrar, em todas as suas evoluções, o platô utilizado;

- Deve-se usar estratégia para controle glicêmico, objetivando glicemias entre 80–180 mg/dl e evitando hipoglicemias.

4. REFERÊNCIAS

- Campanha de Sobrevivência à Sepse: Folder de Atendimento ao paciente com sepse/choque séptico. Instituto Latino-Americano de Sepse/ILAS; junho 2016. DEYMOUR, C. W. Septic Shock – Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA.2015; 314 (7): 708-715. Dias, MBGS. et al. Diagnóstico e tratamento precoces da Sepse Grave no adulto. Atualização – 2015. São Paulo, Brasil: Hospital Sírio-Libanês, 2015.

- Protocolo clínico de atendimento ao paciente com sepse/choque séptico. Campanha de Sobrevivência à Sepse: Instituto Latino-Americano de Sepse/ILAS; março 2016. Protocolo de Sepse Adulto. Revisão agosto/2014. Ceará, Brasil: Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar/ ISGH; 2014. Roteiro de Implementação de Protocolo Assistencial Gerenciado. 3ª edição. São Paulo, Brasil: Instituto Latino-Americano de Sepse/ILAS; 2016. Sepse: um problema de saúde pública. Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. Brasília: CFM, 2015. SHANKAR-HARI et al. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016; 315 (8): 775-787. Surviving Sepsis Campaign Responds to Sepsis-3. Surviving Sepsis Campaign: SSC Executive Committee; 2016. Updated Bundles in Response to new Evidence. Revised 4/2015. Surviving Sepsis Campaign: SSC Executive Committee; 2015

04. PROTOCOLO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

1. INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a despeito dos avanços no diagnóstico e na terapêutica, continua a ser uma das principais causas de mortalidade em nível mundial. O reconhecimento precoce e o tratamento urgente são indispensáveis para reduzir seu impacto na morbimortalidade.

2. CARACTERISTICAS E ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível de ST (IAMCSST) será diagnosticado se o paciente apresentar duas das seguintes alterações:

- história típica de dor precordial;

- alterações eletrocardiográficas compatíveis.

Sintomas

Dor precordial, retroesternal, constritiva, não pleurítica, com duração superior a 30 minutos, irradiada para ombros ou mento e não aliviada pelo repouso ou uso de nitratos. A dor pode ser acompanhada pelos seguintes sintomas: náuseas, vômitos, sudorese e fraqueza muscular generalizada.

O infarto agudo do miocárdio pode ser assintomático em até 12% dos pacientes ou se apresentar com quadros atípicos de dor ou desconforto em braços, dorso, mandíbula, ou ter como sintoma básico: síncope, palpitações, ortopneia ou agravamento da insuficiência cardíaca.

Exame Físico

Fácies de angústia, diaforese, palidez cutânea, taquifisgmia, às vezes com frequência de pulso irregular e febre.

Na disfunção do ventrículo esquerdo, podemos encontrar: hipotensão, taquicardia, crepitações pulmonares e galope de VE.

Na disfunção do ventrículo direito, podem ser constatadas: hipotensão, turgência venosa jugular e hepatomegalia.

O achado auscultatório mais comum é o aparecimento de B4. Pode, ainda, ser auscultado atrito pericárdico e haver surgimento de sopros, secundários a disfunção ou ruptura do músculo papilar, insuficiência mitral por dilatação do anel mitral, formação de comunicação interventricular e insuficiência tricúspide.

Eletrocardiograma

Deve ser realizado dentro de 10 minutos da admissão de paciente com dor precordial na Emergência. A presença de supradesnível de ST de, ao menos, 2 mm em duas derivações contíguas caracteriza o IAMCSST.

Fases do Infarto Agudo do Miocárdio

Superaguda: Ondas T aumentadas, lembrando hipercalemia. Aguda: elevação do ST, diminuição de T e aparecimento de Q. Subaguda: T invertida, ST retorna à linha de base.

Crônica: Ondas Q e elevação de ST.

Atualmente, não se classifica o infarto em transmural e subendocárdico.

Provável segmento acometido conforme derivações do ECG

Inferior: D2, V3 e AVF.

Posterior: V7 e V8, em espelho, V1 e V2. Septal: V1 e V2.

Anterior extenso: V1 a V6, D1 e AVL. Ântero-lateral: D1, AVL, V3 a V6.

Ântero-septal: V1 a V4. Anterior: V3 a V4.

Lateral: D1, AVL, V5 e V6.

Infarto de VD é sugerido pela elevação do segmento ST em V1, V3R, V4R, principalmente na presença de infarto inferior. O diagnóstico eletrocardiográfico é extremamente difícil na presença de bloqueio de ramo esquerdo; os sinais descritos (onda Q maior que 3 mm em D1, AVL, V5 e V6, regressão do R de V1 a V4, sinal de Cabrera), têm boa especificidade, porém, a sensibilidade

é inferior a 40%. A elevação de marcadores de injúria miocárdica NÃO é necessária pra o diagnóstico do IAMCSST.

Classificação hemodinâmica do IAM

Classificação de Killip:

- Classe I: sem sinais de ICC;
- Classe II: ICC discreta;
- Classe III: edema agudo de pulmão;
- Classe IV: choque cardiogênico;

3. TRATAMENTO

Medidas Gerais

a) Admissão em leito com monitorização contínua de ECG, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva.

b) Obter acesso venoso periférico de bom calibre; se possível, dois acessos.

c) Instalar suplementação de O2 se oximetria inferior a 94%.

d) Antiagregante plaquetário: administrar AAS 200 mg VO associado a: Ticagrelor 180 mg VO se for ser submetido a angioplastia primária; Clopidogrel 300 mg VO se for ser submetido a trombólise farmacológica.

e) Nitrato: mononitrato ou dinitrato de isossorbida 5 mg SL. Contraindicações: PA sistólica < 90 mmHg, uso de sildenafil ou similares, suspeita de infarto de VD.

f) Analgesia: Morfina 2–4 mg IV; dose pode ser repetida em 5 a 15 minutos.

g) Heparinização: Enoxaparina 1 mg/kg SC 12/12 h (0,75 mg/kg se idade > 75 anos).

Medidas de Estabilização Clínica

a) Hipertensão: iniciar Nitroglicerina IV 10–200 mcg/min.

b) Insuficiência cardíaca:

- Furosemida 20 mg IV em caso de congestão, intermitente;
- Nitroglicerina IV para redução de pré-carga;
- Dobutamina 5–20 mcg/kg/min, se necessário.

Reperfusão Miocárdica

a) Opção 1 – Angioplastia Primária

É a estratégia preferencial nos pacientes com IAMCSST com sintomas iniciados <

12 h ou com sintomas iniciados > 12 h e < 24 h e que tenham evidências de isquemia persistente.

O tempo ótimo é a realização da cineangiocoronariografia em até 90 minutos da admissão do paciente na Emergência.

Devem ser instituídas as medidas gerais e as de estabilização clínica até a chegada do paciente à sala de Hemodinâmica.

b) Opção 2 – Trombólise Farmacológica

Deve ser realizada nos paciente com IAMCSST em que a angioplastia primária não possa ser realizada em tempo hábil.

Deve-se, obrigatoriamente, avaliar os critérios de inclusão e exclusão antes da instituição da trombólise.

b.1) Critérios de inclusão:

- idade inferior a 75 anos;

- dor típica e persistente, com mais de 30 minutos de duração;

- elevação do segmento ST-T maior que 2 mm em duas derivações, de prefe rência com imagem de necrose (raramente presente);

- ausência de resposta ao uso de nitratos via sublingual;

- quadro de IAM anterior ou inferior sob alto risco, IAM prévio ou extenso evidenciado por depressão do segmento ST em V1 a V3;

- todo IAM com disfunção de bomba, bloqueio A-V de 2o e 3o graus, e bloqueio intraventricular;

- quadro clínico em fase aguda com até 4-6 horas de início, sendo preferível com menos de 3 horas.

b.2) Critérios de exclusão:

Absolutos

- fenômenos hemorrágicos ativos;
- suspeita de dissecção aórtica aguda;
- PCR traumática ou prolongada;
- traumatismo craniano recente;
- neoplasia intracraniana diagnosticada;
- retinopatia diabética ou outra lesão retiniana hemorrágica;
- gestação;
- reação alérgica à estreptoquinase ou APSAC;

- pressão arterial maior que 200/120 mmHg;
- AVC comprovadamente hemorrágico;
- traumatismo ou cirurgia com menos de 2 semanas.

Relativos

- traumatismo ou cirurgia com mais de 2 semanas;
- hipertensão crônica grave com ou sem tratamento;
- ulcera péptica em atividade;
- história de AVC;
- diátese hemorrágica;
- disfunção hepática importante;
- exposição prévia a estreptoquinase ou APSAC.

b.3) Protocolo de Alteplase:

b.3.1) Pacientes com > 65 kg:

Administrar 15 mg IV em bolus, infundir 50 mg em bomba infusora em 30 minutos, e depois 35 mg em bomba infusora em 60 minutos (dose total: 100 mg).

b.3.2) Pacientes com < 65 kg:

Administrar 15 mg IV em bolus, infundir 0,75 mg/kg em bomba infusora em 30 minutos e após 0,5 mg/kg em bomba infusora por 60 minutos

b.3.3) Em seguida à infusão da alteplase, faz-se heparina em bolus na dose

de 5000 UI, com manutenção dose de 1000 UI/hora, sendo a dose ideal controlada pelo PTT, que deve ficar entre 2 a 3 vezes o valor normal. A

determinação do PTT deve ser feita de 4/4 h.

b.4) Protocolo de Estreptoquinase:

b.4.1) A dose ideal é de 1.500.000 UI diluídos em 100 ml de solução glicosada a 5%, com gotejamento para 30-60 minutos;

b.4.2) Em seguida à infusão da estreptoquinase, faz-se heparina em bolus na dose de 40 UI/kg, com dose de manutenção de 15 UI/kg/hora, sendo a dose ideal controlada pelo PTT, que deve ficar entre 2 e 3 vezes o valor normal.

b.5) Medidas gerais pós-trombólise:

Manter o mesmo esquema terapêutico usado no protocolo do IAM (nitratos, betabloqueadores, sedativos).

Oxigenioterapia por cateter nasal contínuo a 3 L/min.

Evitar linha arterial, injeções via IM, cateterização venosa central (caso necessário, dissecar uma veia).

A dissolução ocorre em 45% dos pacientes tratados, e a reoclusão em 9-29%, sendo a última mais por interrupção da anticoagulação ou por estenoses residuais graves.

A reoclusão, na maioria dos casos, passa despercebida.

b.6) Exames de controle:

ECG a cada 30 minutos nas primeiras 2 horas. Em seguida, de 6/6 horas até 24 horas. Depois de 24 horas, ECG diário como rotina.

CPK-MB na admissão (antes da infusão de SK), com 4–6 h e 24 h após a SK. Pico antes das 24 h = recanalização. Pico após 36 h = não houve recanalização. Hemograma completo com VHS.

Coagulograma completo (PTT/plaquetas/TS/TC/TAP). Classificação sanguínea com reserva de 2 litros de sangue total. Outros exames de rotina: glicose, ureia, creatinina e ionograma.

Avaliação da necessidade da cineangiocoronariografia de acordo com a gravidade dos casos.

b.7) Sinais indiretos de reperfusão:

Clínico: melhora da precordialgia e outros sintomas.

Eletrocardiográfico: normalização progressiva e rápida do ST, aparecimento ou acentuação da onda "Q", desaparecimento de bloqueios atrioventriculares ou intraventriculares, e aparecimento ou elevação na frequência de arritmias (extrassistolia, taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, bradicardia).

Ecocardiográfico: aumento da fração de ejeção de VE.

Enzimático: elevação precoce dos valores de CK-MB, menos de 6 h, pico até 24 h.

4. REFERÊNCIAS

• PIEGAS, L. S.; TIMERMANN, A. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 105, Nº 2, Supl. 1, Agosto, 2015. Disponível em: . Acesso em: mar. 2017.

• PIEGAS, L. S.; TIMERMANN, A. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 105, Nº 2, Supl. 1, Agosto, 2015. Disponível em: Acesso em: mar. 2017.

05. PROTOCOLO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV)

1. INTRODUÇÃO

Tromboembolismo venoso (TEV) refere-se a várias manifestações clínicas decorrentes da interrupção total ou parcial do fluxo de sangue dentro do vaso sanguíneo, incluindo principalmente a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP). A trombose venosa profunda é uma doença caracterizada pela formação de trombos de forma oclusiva total ou parcial, em veias do sistema venoso profundo, que pode levar a complicações graves como o tromboembolismo pulmonar e a síndrome pós-trombótica. O tromboembolismo pulmonar é a obstrução aguda da circulação arterial pulmonar, sendo considerada a principal causa de morte prevenível em paciente hospitalizados. A necessidade de profilaxia para TEV se baseia na evolução da doença que, frequentemente, progride de maneira insidiosa ou por sinais e sintomas inespecíficos. Sabe-se que a profilaxia adequada, reduz a incidência de TEV e consequentemente diminui-se o tempo de internação, os gastos provenientes deste tratamento e a morbidade causada pela sequela tardia, nos casos de TVP. Porém, não elimina a ocorrência da doença.

O TEV é a terceira doença cardiovascular mais prevalente no mundo, após infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC). É potencialmente evitável e com fatores de riscos amplamente difundidos em pacientes internados, sendo notória a necessidade da categorização do seu risco e instituição de profilaxia mais precoce e adequada, a fim de reduzir a morbomortalidade associada ao TEV no ambiente hospitalar. O TEV é uma doença prevalente e de grande impacto sobre a morbimortalidade em pacientes hospitalizados. É uma das causas de óbitos evitáveis dentro do ambiente hospitalar, englobando trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP).

2. CARACTERISTICAS E ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O risco de desenvolver TEV depende da presença de fatores de riscos individuais e do contexto clínico da internação. Os fatores de risco mais prevalentes em pacientes internados incluem insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, sepse, doença inflamatória intestinal, trombofilia, idade maior que 60 anos, imobilidade prolongada (≥3 dias), TEV prévia, AVC e câncer. A maioria dos médicos avalia o risco empiricamente e indica profilaxia com base na avaliação desses fatores de risco.

Algumas condições clínicas devem ser levadas em consideração e representam risco adicional para o desenvolvimento de complicações tromboembolíticas nesses pacientes, são elas:

- Abortamento recorrente
- Acidente Vascular Cerebral
- Anticoncepcional hormonal
- Câncer
- Cateter Venoso Central
- Doença Inflamatória Intestinal

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- Doença hematológica ativa
- Idade maior que 55 anos
- Insuficiência Aguda do Miocárdio

- Infecção
- Insuficiência arterial periférica
- Insuficiente cardíaca classe funcional III ou IV
- Insuficiência respiratória
- Internação em unidade de terapia intensiva
- Obesidade
- Paresia ou paralisia de membros inferiores
- Puerpério (até 4 semanas)
- Quimioterapia
- Reposição hormonal
- Síndrome nefrótica
- Tabagismo
- TEV prévio
- Trombofilias (antecedentes familiares de trombose)
- Varizes/ insuficiência venosa periférica

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SANGRAMENTO

Ao se identificar o risco de TEV do paciente clínico, a opção de tromboprofilaxia deve ser guiada também no risco de sangramento ou na presença de sangramento ativo. Na vigência dessas situações deve-se optar pela profilaxia mecânica. Ao cessar o risco hemorrágico ou o episódio de sangramento, convém trocar o método pelo farmacológico. As contraindicações para quimioprofilaxia podem ser absolutas, como hipersensibilidade às heparinas, plaquetopenia induzida por heparina e sangramento ativo, ou relativas, como cirurgia intracraniana ou ocular recente (< 2 semanas), coleta de líquor cefalorraquidiano (LCR) nas últimas 24 horas,

coagulopatia (plaquetopenia ou INR:1,5), hipertensão arterial não controlada (>180x110 mmHg) e insuficiência renal (clearence).

3. TRATAMENTO

A profilaxia química com heparina de baixo peso molecular (HBPM), heparina não fracionada (HNF) ou fondaparinux demostrou superioridade quando comparado ao placebo e aos métodos mecânicos na prevenção de TEV. Entre estes, prefere-se HBPM principalmente em pacientes de alto risco devido superioridade em relação a HNF em metanálises:

- Heparina baixo peso molecular (HBPM)/enoxaparina: 40mg subcutâneo, uma vez ao dia;
- Heparina não fracionada (HNF): 5000 UI subcutâneo, a cada 8 ou 12 horas;
- Fondaparinux: 2,5 mg subcutâneao, uma vez ao dia.

É importante monitorar a contagem de plaquetas regularmente devido ao risco de plaquetopenia induzida por heparina.

MÉTODO MECÂNICO

Em pacientes com risco alto de sangramento ou sangramento ativo recomenda-se profilaxia mecânica com meias elásticas de compressão gradual (MECG), compressão pneumática intermitente (CPI) ou bombas plantares (BP). Deve-se sempre avaliar a possibilidade de introdução da terapia medicamentosa no decorrer do tratamento desse paciente assim que o risco de sangramento seja reduzido. As contraindicações desse método são: fratura exposta,

infecção ou úlcera em membros inferiores, insuficiência arterial periférica e insuficiência cardíaca grave.

SELEÇÃO DO MÉTODO DE PROFILAXIA

O método de profilaxia a ser utilizado depende do contexto clínico da internação, da classificação do paciente do risco de TEV e ao risco de sangramento, além da facilidade de posologia, segurança e custo-benefício. Assim, pode-se classificar o risco de TEV e sangramento conforme os escores e indicar a melhor opção de profilaxia:

Risco para TEV	Baixo risco de sangramento (Escore IMPROVE para risco de sangramento <7)	Alto risco de sangramento Escore IMPROVE para risco (de sangramento ≥7)
Baixo risco para TEV (Escore Pádua <4)	Sem indicação de profilaxia, estimular deambulação precoce	Sem indicação de profilaxia, estimular deambulação precoce
Alto risco para TEV (Escore Pádua ≥4)	HBPM- Enoxaparina 40mg subcutâneo uma vez ao dia ou HNF 5000 UI subcutâneo duas ou três vezes ao dia ou Fondaparinux. 2,5 mg subcutâneo uma vez ao dia	Considerar profilaxia mecânica com: MECG, CPI ou BP

PROFILAXIA DO TEV EM PACIENTES ESPECIAIS

- Insuficiência renal: em paciente com clearence de creatinina (ClCr) <30 mL/min recomendase HNF UI SC a cada 8 ou 12 horas. O uso de HBPM não é proibitivo, mas sugere-se a redução da dose prescrita em 50% e monitorização da anticoagulação

através da atividade fator anti-Xa para ajustes de dose. Se disfunção renal durante a internação sugere-se descontinuar o uso de HBPM e substituir por HNF.

- Obesidade: em pacientes com IMC > 40 Kg/ m2 recomenda-se enoxaparina 40 mg SC de 12/12 horas (se > 50 Kg/ m2 sugere-se 60 mg SC de 12/12 horas), HNF 7.500 UI SC de 8/8 horas ou fondaparinux 2,5 mg SC de 12/12 horas.

- Adulto de baixo peso corpóreo: em paciente com IMC < 18 Kg/m2 ou peso < 55 Kg sugere-se enoxaparina 20mg/dia.

- Idoso: a idade acima de 75 anos é um fator de risco independente para o TEV, devendo receber dose habitual de antitrombóticos para profilaxia conforme função renal.

- AVC: no paciente com AVC isquêmico e restrição de mobilidade recomenda-se terapia combinada com método mecânico (CPI) associado ao farmacológico. Se trombólise, iniciar profilaxia medicamentosa após 24 horas do tratamento. Já nos pacientes com AVC hemorrágico

e restrição de mobilidade recomenda-se método CPI na admissão e início de profilaxia farmacológica 2-4 dias após o evento, se não houver contraindicações. Em estudos a HBPM foi associada há maior redução de risco de TEV sem aumento significativo no sangramento.

DURAÇÃO DE PROFILAXIA

A profilaxia para TEV deve ser continuada durante a internação do paciente. Não há benefício em se estender a profilaxia após alta hospitalar de pacientes clínicos ou naqueles cronicamente imobilizados ou residentes em casas de longa permanência.

4. REFERÊNCIAS

1) BURIHAN, Marcelo et al. Consenso e atualização na profilaxia e no tratamento do tromboembolismo venoso. 1. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2019.

2) CHINDAMO, Maria; MARQUES, Marcos. Avaliação do risco de sangramento na profilaxia do tromboembolismo venoso. Jornal Vascular Brasileiro. 2021;20:e20200109. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1677-5449.200109. Acesso em:4 out. 2021.

3) FARHAT, Fátima et al. Avaliação da profilaxia da trombose venosa profunda em um hospital geral. Jornal Vascular Brasileiro. 2018 jul-set; 17(3): 184-192. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1677-5449.007017. Acesso em:4 out. 2021.

4) KAHN, Susan et al. Prevention of VTE in nonsurgical patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. 9. ed. American College of Chest Physicians Evidence-based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278052/. Acesso em:4 out. 2021.

5) PAI, Menaka et al. Prevention of venous thromboembolic disease in acutely ill hospitalized medical adults. UpToDate. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com. Acesso em:4 out. 2021.

6) SCHÜNEMANN, Holger et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: prophylaxis for hospitalized and nonhospitalized medical patients. Blood Advances, v. 2, n 22, 2018

06. PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

1. INTRODUÇÃO

São quaisquer alterações nos pensamentos, sentimentos ou comportamentos requerendo intervenção imediata por representarem risco para o paciente ou para terceiros. Os pacientes, quando em crise, estão sob intenso sofrimento emocional e/ou físico, com várias fantasias e expectativas irreais, chamadas de delírios, e que influenciam suas respostas ao tratamento. Frente a um paciente em crise, é prioritário definir se o mesmo apresenta risco tanto a si mesmo, quanto a outras pessoas. Diferenciar condições orgânicas de condições funcionais é outra questão importante a se fazer, uma vez que algumas condições orgânicas podem ser ameaçadoras à vida e simular transtornos psiquiátricos.

2. CARACTERÍSTICA E ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

As condições (diagnósticos) psiquiátricas mais frequentemente associadas à violência incluem: distúrbios psicóticos, como esquizofrenia e mania, principalmente se o paciente está paranoide ou tendo alucinações/vozes de comando; intoxicação ou abstinência de álcool e/ou drogas;

excitação catatônica; depressão agitada; distúrbios de personalidade, caracterizados por fúria e fraco controle dos impulsos, distúrbios orgânicos, especialmente se há envolvimento dos lobos frontal e temporal.

A entrevista de um paciente em crise deve focar a queixa apresentada por si ou pela família, razão pela qual a consulta deve ocorrer o mais breve possível. Se outras pessoas estiverem presentes, uma história suplementar deve ser obtida.

Não se deve enfrentar o paciente diretamente. Através de uma atitude calma, firme e segura, deve-se estabelecer limites claros e transmitir a ideia de que se está no controle e agindo pronta e decisivamente, caso o paciente se descontrole, para proteger e evitar ferimentos a si mesmo e a outros. Durante a avaliação, deve-se ficar atento a qualquer sinal de violência iminente. Alterações abruptas no comportamento, na fala ou nos afetos podem sinalizar uma perda de controle. Outros sinais podem ser: atos de violência recente, dentes e punhos cerrados, ameaças verbais, agitação psicomotora, intoxicação, delírios paranoides ou alucinações auditivas de comando.

3. TRATAMENTO

A primeira coisa, e mais importante, frente a um paciente em uma situação de urgência é proteger-se. Tenha em mente que a violência é sempre uma possibilidade e não se deixe surpreender por um ato súbito, nem se coloque em uma situação na qual possa ser agredido. Fique dentro de um campo de visão em que outros membros da equipe possam vê-lo. Mantenha-se a pelo menos um braço de visão de distância de qualquer paciente potencialmente violento. Não desafie ou enfrente um doente psicótico. Jamais vire-lhe as costas. Sendo necessário, utilize a medicação. Deve-se valer do princípio da tranquilização máxima com o mínimo de sedação. Para pacientes violentos ou psicóticos, devem ser administrados antipsicóticos (ATP). Devese

evitar ATP de baixa potência, como, por exemplo, a Clorpromazina, que, embora seja mais sedativa, pode trazer mais problemas clínicos, como hipotensão e efeitos colaterais anticolinérgicos. Os ATPs de alta potência são os medicamentos de escolha, embora provoquem maiores efeitos extrapiramidais. Estes são mais facilmente tratáveis com antiparkinsonianos. O mais utilizado é o Haloperidol 5 mg IM, juntamente com a Prometazina 50 mg IM, que pode ser repetido 10 a 20 minutos depois, se não houver melhora clínica. Os Benzodiazepínicos (BZD) também podem ser indicados se o paciente não está com sintomas psicóticos, para evitar o risco dos efeitos colaterais dos ATPs. Também são indicados nos casos de abstinência ou intoxicação por álcool ou drogas. Os BZDs, como, por exemplo, o Diazepan ou o Midazolan, 2–3ml IM, podem ser repetidos em uma hora, exceto se surgirem sinais de intoxicação, como: ataxia, nistagmo, disartria e desinibição em alguns pacientes, o que pode dificultar na hora diferenciar a piora na agitação. Neste caso, deve-se suspender o BZD e iniciar o ATP. As combinações entre ATP e BZD são seguras e podem ser mais efetivas que qualquer uma delas isoladamente. A desvantagem é que não é possível determinar qual dos dois foi realmente efetivo.

4. REFERÊNCIAS

- FLAHERTY, J. A.; CHANNON, R. A.; DAVIS, J. M. Psiquiatria – Diagnóstico e Tratamento. Porto alegre: Artes Médicas, 1990.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. J. Compêndio de Psiquiatria. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. J. Medicina Psiquiátrica de Emergência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

OBJETIVO

Manter a excelência dos atendimentos prestados pela equipe de enfermagem, alcançando as expectativas do setor, quanto aos atendimentos de enfermagem;

A definição dos procedimentos normativos técnicos dos serviços de enfermagem visa ao atendimento padronizado e competente mediante as situações de risco;

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os protocolos são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado;

Atender a demanda das unidades administradas pelo ISAC com qualidade e excelência.

DEFINIÇÕES

O Ministério da Saúde com intenção de definir critérios para avaliação, aprovação e incorporação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de protocolos clínicos e assistenciais, publicou, em 31/05/2005 a Portaria nº 816, instituindo o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes, Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde. (Fonte: Brasil, MS.2005).

PROCEDIMENTOS

Os procedimentos e rotinas assistenciais de enfermagem nas unidades de saúde seguem elencados abaixo.

Os Protocolos são compostos por um conjunto de técnicas de diversos graus de complexidade, descritas no formato “passo-a-passo”, para orientar e esclarecer suas principais rotinas, reconhecendo a importância das tarefas e assegurando a qualidade da assistência prestada ao usuário.

SIGLAS E ABREVIATURAS

- Central de Material e Esterilização – CME
- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN
- Conselho Regional de Enfermagem – COREN
- Endovenosa – EV
- Equipamentos de Proteção Individual – EPI
- Ficha de Atendimento – FA
- Intramuscular – IM
- Membro Inferior Direito – MID
- Membro Inferior Esquerdo – MIE
- Membro Inferiores – MMII
- Membro Superior Direito – MSD
- Membro Superior Esquerdo – MSE
- Membros Superiores – MMSS
- Milímetro de Mercurio – mmHg
- Norma Regulamentadora - NR
- Povidona-iodo – PVPI
- Ringer Lactato – RL
- Solução Fisiológica – SF
- Solução Glicosada -SG
- Subcutânea – SC

- Sublingual – SL
- Via Oral – VO

RESPONSABILIDADES

- Equipes de Enfermagem

01 – ANOTAÇÃO E REGISTRO DE ENFERMAGEM

Definição

As anotações de enfermagem fornecem dados que irão subsidiar o enfermeiro do plano de cuidados/prescrição; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da evolução de enfermagem. Assim, a anotação de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

Objetivo

Os registros de enfermagem têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Procedimento

- Realizar as anotações sempre que as ações de assistência forem executadas, ou seja, ao término de cada procedimento;
- Fazer as anotações após checagem dos medicamentos e procedimentos realizados relatando as respostas ou reações do paciente à terapêutica prescrita pelo médico e/ou intercorrências;
- Anotar as alterações de sinais e comportamentos assim como as queixas do paciente;
- Relatar os motivos pelos quais determinadas ações não foram executadas;
- Realizar a anotação de enfermagem, seguindo os seguintes critérios:
- Descrer os fatos, cuidados prestados, queixas e intercorrências com paciente durante o plantão de forma exata, completa, concisa el sem abreviaturas (somente as padronizadas pela instituição);
- Preceder a anotação com data e hora;
- Não conter linhas em branco ou espaços;
- Devem constar as respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
- Assinar e carimbar e imprimir ao término de cada anotação, diariamente.

Considerações

Conferir e verificar se o cabeçalho do impresso está preenchido com os dados do paciente e/ou etiqueta, caso não esteja, preenchê-lo ou completá-lo.

02 – ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

Definição

Introdução de um dispositivo (cateter de aspiração) conectado ao sistema de vácuo para retirada de secreção nas vias aéreas.

O procedimento em pacientes graves deve ser realizado pelo Enfermeiro, conforme trata a Resolução do COFEN Nº 0557/2017 e pelos demais profissionais de enfermagem, quando prescritos e supervisionados pelo profissional de nível superior e/ ou em casos de emergência.

Objetivos

- Estimular expectoração;
- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Aumentar eficiência ventilatória;
- Evitar complicações respiratórias: infecções, atelectasias, insuficiência respiratória, etc.

Quem faz

Enfermeiro (Segundo a Resolução Cofen 557/2017 que normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas).

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- 01 Cateteres de Aspiração ou Sistema fechado de aspiração (Trach Care – dispensa a utilização de luvas estéreis);
- 01 par de luvas estéreis;
- 01 máscara descartável;
- 01 óculos protetor;
- 01 luva de procedimento;
- Copo descartável;
- Frasco de água destilada;
- Avental descartável de manga longa.

Providenciar

- Frasco de aspiração (rede de vácuo, manômetro com frasco);
- Frasco de aspiração descartável e individual;
- Extensão de látex.

Etapas do procedimento

1. Deixar quantidade suficiente de materiais de aspiração a beira do leito (gaze estéril, luvas de aspiração, sondas de aspiração traqueal e oral, água estéril, seringa);
2. Montar o aspirador preferencialmente em vácuo;
3. Manter durante a aspiração uma pressão entre 80 e 120 mmHg (maior pode provocar traumas);
4. Cada manobra de aspiração deve durar de 10 a 15 segundos;
5. Deve-se deixar o paciente descansar por 20 a 30 segundos entre as aspirações;

6. A instilação de solução salina estéril na via respiratória antes da aspiração está contraindicada, pois pode aumentar a incidência de pneumonia nosocomial por deslocar as bactérias da parede das vias aéreas;

7. Manter o frasco de aspiração limpo conforme rotina do setor;

8. Desprezar sondas e gases utilizados na aspiração em saco de lixo branco.

✓ Aspiração de secreções oronasofaríngeas

- Lavar as mãos;
- Paramentar-se com luva de procedimento, óculos, máscara e avental;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em posição fowler ou semi-fowler;
- Escolher a sonda de calibre adequado;
- Abrir o pacote da sonda em sua porção distal e adaptá-la ao intermediário, mantendo-a protegida dentro do invólucro;
- Abrir o pacote de gaze de forma estéril;

- Calçar luva de aspiração;
- Com a mão não dominante, colocar lubrificante na área esterilizada da sonda (em caso de aspiração nasal), abrir e controlar a válvula de aspiração;
- Pegar e manipular a sonda com a mão dominante;
- Estimular o paciente a tossir para ajudar a soltar as secreções;
- Retirar a sonda com movimentos firmes e rotatórios;
- Após completar as aspirações, retirar a luva sobre a sonda enrolada, desprezando-a;

- Limpar o intermediário aspirando no mínimo 20 ml de água destilada;
- Proteger a abertura do intermediário com uma gaze ou invólucro estéril;
- Fechar a válvula de aspiração;
- Deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Repor o material que foi utilizado;
- Realizar as anotações necessárias em prontuário. Assinar e carimbar os respectivos registros.

✓ Aspiração de secreção traqueal

- Lavar as mãos;
- Paramentar-se com luva de procedimento, óculos, máscara e avental;
- Explicar o procedimento ao paciente mesmo que não esteja consciente;
- Colocar o paciente em posição elevada (se não houver contraindicação);
- Escolher a sonda de calibre adequado;
- Abrir o pacote da sonda em sua porção distal e adaptá-la ao intermediário, mantendo-a protegida dentro do invólucro;
- Avaliar condições gerais do paciente e auscultar rigorosamente os pulmões;
- Pré-oxigenar o paciente caso esteja em ventilação mecânica;
- Calçar luva de aspiração;
- Com a mão não dominante, desconectar o ventilador, abrir e controlar a válvula de aspiração;

- Com a mão dominante, introduzir a sonda (com o intermediário clampeado pela outra mão), aspirando as secreções durante sua retirada que deve se dar em movimentos rotatórios;
- Repita a operação de 3 a 5 vezes, permitindo descanso entre uma aspiração e outra;
- Limpe a sonda entre uma aspiração e outra com gaze estéril se estiver muito suja;
- Após completar as aspirações, retirar a luva sobre a sonda enrolada, desprezando-a;
- Limpar o intermediário aspirando no mínimo 20 ml de água destilada;
- Proteger a abertura do intermediário com uma gaze ou invólucro estéril;
- Fechar a válvula de aspiração;
- Auscultar novamente o paciente;
- Lavar as mãos;
- Repor o material que foi utilizado;
- Realizar as anotações necessárias em prontuário. Assinar e carimbar os respectivos registros.

Observações:

- Pacientes intubados e com PEEP mais elevada utilizarão sistema de aspiração fechado;
- Segundo a atual Resolução do COFEN Nº 0557/2017 que normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas, ressaltamos os seguintes artigos;
- Art. 2º: Os pacientes graves, submetidos a intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de emergência, de internação intensiva, semi intensivas ou intermediárias, ou demais unidades da assistência, deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por profissional Enfermeiro, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem;
- Art. 3º: Os pacientes atendidos em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência, ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional Enfermeiro, exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética do Profissional de Enfermagem – CEPE;

- Art. 4º: Os pacientes em unidades de repouso/observação, unidades de internação e em atendimento domiciliar, considerados não graves, poderão ter esse procedimento realizado por Técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem;

- Art. 5º: Os pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, poderão ter suas vias aéreas aspirada pelo Técnico de Enfermagem, desde que devidamente avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

03 – ASSISTÊNCIA NOS PROCEDIMENTOS DE SUTURA

Definição

Procedimento médico que consiste na aproximação tecidual.

Objetivos

Reestruturar a integralidade do tecido, prevenindo contaminações por agentes externos.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Gaze;
- Kit sutura (instrumental);

- Campo fenestrado;
- Xilocaína ® (Lidocaína a 2%), sem vasoconstritor;
- Seringa;
- Agulhas (40x12, 25x7, 13x4,5);
- Mesa auxiliar;
- Luva estéril;
- Soro fisiológico a 0,9%;
- Fio de sutura a critério médico**.**

Procedimento:

1. Explicar o procedimento;
2. Lavar as mãos;
3. Posicionar o material necessário;
4. Posicionar o paciente;
5. Fazer tricotomia se necessário;
6. Abrir material solicitado;
7. Oferecer seringas, agulhas, fio de sutura, conforme solicitado pelo cirurgião;
8. Limpar área, fazer curativo;
9. Encaminhar para exames, RX, sala de medicação se prescrito pelo médico;
10. Checar prescrição, assinar e carimbar.

04 – BANHO DE ASPERSÃO

Definição

Realização da higiene corporal no chuveiro, em clientes impossibilitados ou não de deambularem.

Objetivos

- Proporcionar limpeza da pele, bem-estar e conforto físico;
- Estimular a circulação sanguínea, periférica, sensibilidade geral e dos sentidos;
- Evitar infecções;
- Favorecer a perda de temperatura corporal;
- Remover obstáculos à excreção do suor;
- Possibilitar a avaliação da pele e anexos.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Roupa pessoal ou camisola;
- Toalha de banho;
- Sabonete;
- Produtos de higiene pessoal;

- Luva de procedimento.

Procedimento

CLIENTES SEM CONDIÇÕES DE DEAMBULAR OU COM RISCO DE QUEDA:

1. Explicar ao cliente e familiar o procedimento;
2. Higienizar as mãos;
3. Calçar luvas de procedimentos;
4. Reunir o material e levá-lo ao banheiro;
5. Promover a privacidade do cliente fechando portas e janelas;
6. Abrir o chuveiro e regular a temperatura da água e orientar o cliente sobre o manuseio da torneira;
7. Ajudar o cliente a se despir, caso não consiga fazer sozinho;
8. Encaminhar o cliente ao banheiro em cadeira de banho, preservando sua privacidade;
9. Realizar o banho com compressa e sabonete no sentido céfalo-caudal;
10. Enxugar ou ajudar o cliente a fazê-lo, observando as condições da pele e a reação do banho;
11. Vestir e pentear o cliente caso não consiga fazê-lo sozinho;
12. Conduzir o cliente a sua unidade, colocando-o em posição confortável na cadeira;
13. Arrumar o leito e deixar a unidade em ordem;
14. Solicitar limpeza do banheiro;
15. Higienizar as mãos;

16. Checar a prescrição de enfermagem e anotar procedimento e intercorrências no prontuário.

CLIENTES EM CONDIÇÕES DE DEAMBULAR:

Proceder com a mesma técnica, contudo, encaminhe-o para o banho e deixe que o mesmo se banhe sozinho, auxiliando quando solicitado.

Observações:

- Sentar na cadeira embaixo do chuveiro é muito mais seguro para os clientes idosos ou para os clientes que ainda estão muito debilitados, facilitando para que lavem as pernas e pés com menor probabilidade de escorregarem;

- Durante o banho deve-se assegurar a privacidade do cliente, porém oriente-o a não trancar a porta e chamar caso precise de ajuda. Manter-se perto do Local.

05 – BANHO NO LEITO

Definição

Consiste na higienização de toda superfície corporal, com a paciente no leito, de forma a satisfazer as necessidades de higiene e conforto da paciente acamada.

Objetivos

- Proporcionar limpeza da pele, bem-estar e conforto físico;
- Estimular a circulação sanguínea, periférica, sensibilidade geral e dos sentidos;
- Evitar infecções;
- Favorecer a perda de temperatura corporal;
- Remover obstáculos à excreção do suor;
- Possibilitar a avaliação da pele e anexos.

Quem faz:

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Água morna;
- Sabonete;
- Avental de manga longa descartável;
- Toalhas de rosto e de banho;
- Roupas de cama;
- Camisola;
- Hamper;
- Luvas de procedimento;
- Esponjas para banho;
- Bacia;

- Jarro;
- Materiais para higiene oral e do couro cabeludo;
- Biombo.

Procedimento

1. Explicar ao cliente e familiar o procedimento;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir o material e aproximá-lo do leito do cliente;
4. Promover a privacidade do cliente com o biombo;
5. Colocar o hamper próximo ao leito;
6. Colocar o avental e calçar luvas de procedimento;
7. Retirar o cobertor e desprezá-lo no hamper;
8. Soltar a roupa de cama mantendo o cliente coberto com o lençol;
9. Desprezar as luvas, higienizar as mãos e calçar novas luvas de procedimento;
10. Realizar higiene oral;
11. Lavar os olhos (do canto interno para o externo);
12. Lavar o rosto, orelhas e pescoço;
13. Enxugar com a toalha de rosto;
14. Realizar higiene do cabelo e couro cabeludo;
15. Ensaboar, enxaguar e secar das mãos até as axilas;
16. Retirar a camisola do paciente, desprezá-la no hamper e expor o tórax e abdome do cliente;
17. Ensaboar, enxaguar e secar o tórax e abdome;

18. Desprezar no hamper o lençol que está sobre o cliente;

19. Ensaboar, enxaguar e secar da região inguinal até os tornozelos;

20. Ensaboar, enxaguar e secar os pés e interdigital;

21. Solicitar ou auxiliar a lateralização do cliente;

22. Ensaboar, enxaguar e secar a região posterior do tórax, tronco e glúteo;

23. Oferecer material para o cliente realizar higiene íntima. Caso não seja possível, proceder à higiene;

24. Iniciar a troca de roupa de cama com técnica adequada;

25. Manter-se de um lado do leito, empurrar a roupa molhada e promover a desinfecção, secar o leito e colocar a roupa de cama limpa;

26. Hidratar a pele da região posterior;

27. Virar o cliente sobre a roupa limpa;

28. Posicionar-se do lado oposto da cama;

29. Retirar a roupa molhada e desprezar no hamper;

30. Realizar a desinfecção do colchão, secar e puxar o lençol;

31. Prender o lençol sob o colchão;

32. Realizar hidratação na região anterior;

33. Deixar o cliente confortável;

34. Recolher todo material utilizado e fazer a desinfecção no expurgo ou local apropriado;

35. Checar a prescrição de enfermagem e registrar procedimento e possíveis intercorrências em prontuário.

Observações

- Atentar ao manuseio das pacientes em uso de drenos e cateter vesical;
- Quando possível, durante a higiene oral e corporal, principalmente em locais como o rosto, membros superiores, tórax e região genital, o autocuidado deve ser estimulado, deixando a paciente realizar a própria higiene.

06 – CÁLCULO DE TAXA DE GOTEJAMENTO E FLUXO VENOSO / ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO INTRAVENOSA

Definição

São cálculos baseados em fórmulas que permitem a definição das taxas de gotejamento e fluxo venoso de soluções prescritas por essa via.

Objetivo

- Infundir líquido por via intravenosa em quantidade e tempo adequados conforme terapêutica médica prescrita.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Bandeja;
- Seringa e agulha adequadas para aspiração;
- Solução a ser infundida e medicamentos prescritos;

- Equipo de macro ou microgotas;
- Rótulo;
- Escala com fita adesiva;
- Relógio com ponteiros de segundo;
- Luvas de procedimento;
- Material adequado para medicação intravenosa (vide item Administração de Medicamentos).

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Separar o material necessário;
3. Preparar a medicação quando indicado, conforme prescrição médica;
4. Injetar a medicação aspirada na solução respectiva em técnica asséptica;
5. Identificar o rótulo de acordo com a prescrição médica, contendo as seguintes informações
6. Nome do usuário;
7. Nome da medicação prescrita;
8. Quantidade da medicação a ser infundida;
9. Tempo de infusão;
10. Horário de início e término da infusão;
11. Velocidade de gotejamento;
12. Identificação do funcionário que preparou e instalou a medicação, com nome e carimbo respectivos;
13. Checar: nome do usuário; nome da medicação; horário de início e término da infusão; via de administração;

14. Realizar o cálculo do gotejamento de acordo com a prescrição médica;

15. Orientar o usuário quanto ao procedimento;

16. Após o preparo da solução, conectar o Equipo no frasco, retirando o ar de sua extensão;

17. Calçar as luvas de procedimento;

18. Puncionar acesso venoso e instalar a solução (vide item Administração de Medicamentos);

19. Realizar o controle do gotejamento calculado;

20. Após o término da infusão salinizar o acesso venoso (SF 0,9%), se o usuário apresentar a necessidade de reavaliação médica;

21. Se o usuário apresentar alta após a medicação, retirar o acesso venoso e realizar as orientações necessárias;

22. Checar e realizar anotação do procedimento na F.A.;

23. Organizar a sala;

24. Higienizar as mãos.

Principais fórmulas

- V: Volume (em mililitros= ml.) *volume da solução a ser fornecida;
- T: Tempo (em minutos) *quantidade de minutos em que esse volume deve ser infundido
- F: Fator de gotejamento;
- Fluxo de Macrogotas por minuto (Velocidade de gotejamento): Volume (em ml.) X F (20) _/ Tempo (em minutos);

- Fluxo de Microgotas por minuto (Velocidade de gotejamento): Volume (em ml.). X_F (60) / Tempo (em minutos).

07 – CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Definição

Introdução de um cateter, através da uretra até a bexiga, para esvaziamento vesical momentâneo.

Objetivo

- Obtenção de urina asséptica para exame;
- Verificar a presença de volume residual;
- Realizar a coleta de amostra de urina para exames;
- Esvaziar a bexiga de pacientes com retenção urinária.

Quem faz

Enfermeiro.

Materiais

- 01 par de luvas estéril;
- Luva de procedimento;
- 01 cateter vesical levini com calibre adequado ao cliente;
- 01 seringa de 20 ml (para sondagem masculina);
- 01 agulha 40X12;
- Lubrificante estéril (gel anestésico);
- 01 kit para cateterismo vesical (cuba-rim, cúpula, pinça Pean);
- Gaze estéril;
- *PVP-I tópico 10% ou clorexidina tópico;
- 02 pares de luvas de procedimento;
- 01 Campo fenestrado próprio para sondagem masculina ou campo simples para sondagem feminina (estéreis);
- 02 Compressas;
- Sabonete líquido;
- Água morna;
- Comadre.

*Em clientes alérgicos ao iodo, utilizar clorexidina tópico.

Procedimento

1. Explicar ao cliente e familiar o procedimento;
2. Preservar a privacidade do cliente com o biombo;
3. Higienizar as mãos;
4. Calçar luvas de procedimento;
5. Higienizar a região perineal com água e sabão (vide Técnica de Higiene íntima);
6. Desprezar as luvas;
7. Abrir almotolia de PVP-I;
8. Higienizar as mãos;
9. Calçar luvas de procedimentos;
10. Fazer a desinfecção da ponta do frasco de PVP-I tópico com algodão umedecido com álcool 70%;
11. Abrir um pacote de gaze estéril.

Sexo Feminino

1. Flexionar e afastar os MMII;
2. Afastar os pequenos e grandes lábios e realizar a antissepsia da região vaginal e meato urinário;
3. Desprezar as luvas;
4. Higienizar as mãos;
5. Abri o kit de cateterismo vesical colocando a ponta do campo em diagonal com as nádegas do cliente;
6. Abrir a embalagem do cateter vesical e colocá-lo sobre o campo estéril sem contaminá-lo;

7. Abrir a agulha 40X12 e perfurar o lacre do lubrificante estéril;

8. Colocar o lubrificante na cúpula;

9. Abrir o pacote de luva estéril, mantendo a embalagem interna;

10. Higienizar as mãos;

11. Calçar luva estéril;

12. Separar os pequenos e os grandes lábios com os dedos indicador e polegar da mão não- dominante, mantendo-os afastados durante todo o procedimento;

13. Lubrificar o cateter vesical;

14. Introduzir no meato urinário o cateter vesical por aproximadamente 10 cm utilizando a mão dominante;

15. Observar o retorno de urina;

16. Retirar e desprezar o cateter ao término da drenagem;

17. Realizar higiene íntima com compressas e água e sabão no cliente para retirar o excesso de PVP-I;

18. Recolher o material;

19. Desprezar as luvas;

20. Higienizar as mãos;

21. Encaminhar material para expurgo;

22. Registrar na anotação de enfermagem o procedimento, calibre do cateter, aspecto, volume da urina e intercorrências;

23. Checar a realização do procedimento na prescrição médica.

Sexo Masculino

1. Afastar os MMII;
2. Expor a glande e realizar antissepsia da região peniana e meato urinário;
3. Desprezar as luvas;
4. Higienizaras mãos;
5. Abrir o pacote de cateterismo, colocando-os entre as pernas do cliente;
6. Abrir a embalagem do cateter vesical e colocá-lo sobre o campo estéril;
7. Abrir a seringa de 20 ml sobre o campo estéril;
8. Abrir a agulha 40X12 e perfurar o lacre do lubrificante estéril;
9. Colocar o lubrificante na cúpula;
10. Abrir o pacote de luva estéril, mantendo a embalagem interna;
11. Higienizar as mãos;
12. Calças as luvas estéreis;
13. Aspirar o lubrificante estéril da cúpula com o auxílio da seringa de 20 ml;
14. Segurar o pênis com a mão não-dominante, perpendicular ao abdome;
15. Injetar o lubrificante no meato urinário;
16. Introduzir no meato urinário o cateter vesical utilizando a mão dominante;
17. Observar o retorno de urina;
18. Retirar e desprezar o cateter ao término da drenagem;
19. Realizar higiene íntima com compressas de água e sabão no cliente para retirar o excesso de PVP-I;

20. Recolher o material;

21. Desprezar as luvas;

22. Higienizar as mãos;

23. Encaminhar material para expurgo;

24. Registrar na anotação de enfermagem o procedimento, calibre do cateter, aspecto, volume da urina e intercorrências;

25. Checar a realização do procedimento na prescrição médica.

08 – CATETERISMO **VESICAL DE DEMORA**

Definição

Introdução de um cateter com Balão, através da uretra até a bexiga.

Objetivo

- Manter o orifício uretral nas obstruções urinárias anatômicas ou funcionais prolongadas.
- Controlar o débito urinário;
- Promover o esvaziamento vesical contínuo;
- Realizar a irrigação vesical quando indicado;
- Proteger lesões perineais, perianais, vulvares e outras, do contato com a urina.

Quem faz Enfermeiro

Materiais

- 01 par de luvas estéril;
- 01 cateter vesical do tipo Folley com calibre adequado ao cliente;
- 01 seringa de 20 ml (para sondagem masculina - 02);
- 02 agulhas 40X12;
- 01 ampola de água destilada de 10 ml;
- Lubrificante estéril (gel anestésico);
- 01 kit para cateterismo vesical (cuba-rim, cúpula, pinça Pean);
- Gaze estéril;
- *PVP-I tópico 10%.
- 02 pares de luva de procedimento;
- 01 par de luva estéril;
- 01 coletor de urina sistema fechado;
- Fita adesiva micropore;
- Tesoura;
- Álcool 70%;
- 01 Campo fenestrado próprio para sondagem masculina ou campo simples para sondagem feminina (estéreis);
- 02 Compressas limpas;
- Sabonete líquido;
- Água morna;

- Comadre;

*Em clientes alérgicos ao iodo, utilizar clorexidina tópico.

Procedimento

1. Explicar ao cliente e familiar o procedimento;
2. Preservar a privacidade do cliente com o biombo;
3. Higienizar as mãos;
4. Calçar luvas de procedimento;
5. Higienizar a região perineal com água e sabão;
6. Desprezar as luvas;
7. Higienizar as mãos;
8. Abrir a almotolia de PVP-I;
9. Abrir um pacote de gaze estéril;
10. Calçar luva estéril.

Sexo Feminino

1. Flexionar e afastar os MMII;

2. Afastar os pequenos e grandes lábios e realizar a antissepsia da região vaginal e meato urinário;

3. Desprezar as luvas;

4. Higienizar as mãos;

5. Abri o kit de cateterismo vesical colocando a ponta do campo em diagonal com as nádegas do cliente;

6. Abrir a embalagem do cateter vesical e colocá-lo sobre o campo estéril sem contaminá-lo;

7. Abrir a agulha 40X12 e perfurar o lacre do lubrificante estéril;

8. Colocar o lubrificante na cúpula;

9. Abrir o pacote de luva estéril, mantendo a embalagem interna;

10. Higienizar as mãos;

11. Calças as luvas estéreis;

12. Abrir a embalagem interna do cateter (porção distal);

13. Testar o balão inflando e desinflando;

14. Retirar a tampa de proteção da extremidade do coletor de urina sistema fechado e conectá-lo ao cateter vesical;

15. Conectar a seringa na agulha e aspirar o volume de água necessário para inflar o Balão;

16. Retirar a embalagem interna do cateter vesical;

17. Separar os pequenos e os grandes lábios com os dedos indicador e polegar da mão não-dominante, mantendo-os afastados durante todo o procedimento;

18. Lubrificar o cateter vesical;

19. Introduzir no meato urinário o cateter vesical por aproximadamente 10cm utilizando a mão dominante;

20. Observar o retorno de urina;

21. Inflar o "balão" do cateter vesical com água destilada (conforme volume indicado no cateter vesical);

22. Tracionar o cateter até perceber a resistência no balão;

23. Fixar o cateter sem tracioná-lo;

24. Realizar higiene íntima com compressas, água e sabão na cliente para retirar o excesso de PVP-I;

25. Recolher o material;

26. Desprezar as luvas;

27. Higienizar as mãos;

28. Encaminhar material para expurgo;

29. Registrar na anotação de enfermagem o procedimento, calibre do cateter, aspecto, volume da urina e intercorrências;

30. Checar a realização do procedimento na prescrição.

Sexo Masculino

1. Afastar os MMII;

2. Expor a glande e realizar antissepsia da região peniana e meato urinário;

3. Desprezar as luvas;

4. Higienizaras mãos;

5. Abrir o pacote de cateterismo, colocando-os entre as pernas do cliente;

6. Abrir a embalagem do cateter vesical e colocá-lo sobre o campo estéril;

7. Abrir as seringas de 20 ml sobre o campo estéril;

8. Abrir a agulha 40X12 e perfurar o lacre do lubrificante estéril;

9. Colocar o lubrificante na cúpula e aspirá-lo com uma das seringas de 20 ml;

10. Fazer desinfecção da ampola de água destilada antes de abri-la;

11. Abrir o pacote de luva estéril, mantendo a embalagem interna;

12. Higienizar as mãos;

13. Calçar as luvas estéreis;

14. Abrir a embalagem interna do cateter (porção distal);

15. Testar o "balão" inflando e desinflando;

16. Injetar o lubrificante no meato urinário;

17. Retirar a tampa de proteção da extremidade do coletor de urina sistema fechado e conectá-lo ao cateter vesical;

18. Conectar a seringa na agulha e aspirar o volume de água necessário para inflar o "balão";

19. Retirar a embalagem interna do cateter vesical;

20. Segurar o pênis com a mão não-dominante, perpendicular ao abdome;

21. Introduzir no meato urinário o cateter vesical por aproximadamente até sua bifurcação utilizando a mão dominante;

22. Observar o retorno de urina;

23. Inflar o "balão" do cateter vesical com água destilada (conforme volume indicado no cateter vesical);

24. Tracionar o cateter até perceber a resistência no balão;

25. Colocar o prepúcio novamente em posição anatômica;

26. Fixar o cateter sem tracioná-lo;

27. Realizar higiene íntima com compressas, água e sabão na cliente para retirar o excesso de PVP-I;

28. Recolher o material;

29. Desprezar as luvas;

30. Higienizar as mãos;

31. Encaminhar material para expurgo;

32. Registrar na anotação de enfermagem o procedimento, calibre do cateter, aspecto, volume da urina e intercorrências;

33. Checar a realização do procedimento na prescrição.

09 – COLETA **DE ESCARRO PARA BACILOSCOPIA**

Definição

Coleta de material (escarro) para realização de Baciloscopia.

Objetivo

- Consiste na coleta de secreção do trato respiratório para realização de exame microbiológico a fim de auxiliar o diagnóstico etiológico de patologias respiratórias.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Pedido de coleta de escarro;
- Livro de registro próprio;
- Pote para coleta;
- Etiqueta de identificação;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Saco plástico para acondicionar o pote.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir material;
3. Explicar o procedimento ao cliente;
4. Preencher o impresso de solicitação de coleta de escarro com todos os dados do cliente; Nome; Cartão SUS; data de nascimento, Idade; data da amostra e N° da amostra;
5. Identificar o pote com a etiqueta própria do laboratório, número da amostra (1º ou 2°) na própria etiqueta;
6. Higienizar as mãos;
7. Orientar e, se necessário, auxiliar o cliente a realizar a higiene oral, enxaguando várias vezes a boca com água abundante para minimizar a contaminação com a flora bucal. Não utilizar pastas de dentes ou qualquer antisséptico bucal;

8. Abrir o frasco, tirando a tampa e colocando-a virada para cima;

9. Entregar o pote para coleta ao cliente;

10. Solicitar que o cliente inspire profundamente por três vezes e tossir;

11. Orientar o cliente a expelir a secreção dentro do pote;

12. Não coletar secreção nasal;

13. Fechar bem o pote e acondicioná-lo em caixa própria;

14. Orientar o cliente a colher a segunda amostra no dia seguinte pela manhã, em jejum, lavar a boca e escovar os dentes somente com água;

15. Fornecer o pote e entregar o pedido devidamente preenchido para segunda coleta;

16. Orientar o Cliente a entregar a amostra para o enfermeiro responsável até as 08:30 da manhã;

17. Registrar o exame em livro próprio;

18. Entregar o material no laboratório;

19. Higienizar as mãos;

20. Checar prescrição médica, se houver;

21. Anotar no prontuário o procedimento e intercorrências.

Observações

- Devem ser coletados de 5 a 10 ml de escarro. Quando esta quantidade de escarro não é alcançada, a realização dos exames e seu desempenho podem ficar prejudicados;

- Antes de iniciar as orientações, certifique-se de que os seguintes elementos estão disponíveis com fácil acesso ao paciente: água (para ingestão durante a coleta, se necessário); pote de escarro fechado, devidamente identificado e com o mecanismo de rosqueamento e desrosqueamento funcionando corretamente; e papel toalha ou guardanapos (para higienização do paciente durante a coleta);

- Acondicione o pote em geladeira (2 a 8ºC) específica para materiais biológicos até o seu transporte para o laboratório central.

10 – COLETA **DE MATERIAIS PARA CULTURA**

Definição:

É a coleta e armazenamento em recipiente adequado do material a ser analisado (sangue, exsudatos de ferida cirúrgica, úlcera por pressão, abscesso, fístula, ponta de cateter, urina, secreção traqueal e fezes).

Objetivo

- Detectar qual o micro-organismo presente no sangue, exsudato, secreção ou excreção.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

EXSUDATO DE ABSCESSO, FÍSTULA, FERIDA CIRÚRGICA, ÚLCERA POR PRESSÃO

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- 01 par de luvas de procedimento.
- 01 par de luva estéril
- Algodão umedecido com álcool 70%.
- Gaze estéril.
- 01 SF 0,9% - 100 ml.
- 01 seringa de 20 ml.
- 01 kit curativo.
- "Swab".
- 01 agulha 40x12.
- Campo cirúrgico 1,30 x 1,30.

Providenciar

- Mesa auxiliar.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Explicar o procedimento ao cliente e acompanhante;
3. Manter o cliente em posição confortável;
4. Reunir material;
5. Aproximar o material do cliente;
6. Realizar desinfecção da mesa auxiliar com álcool 70% com compressa;
7. Desprezar compressa;
8. Posicionar o membro superior a ser puncionado de forma confortável;
9. Aproximar o lixo do leito;
10. Higienizar as mãos;
11. Calçar a luva estéril em ambas as mãos;
12. Colocar campo cirúrgico ao redor da região em que será realizado o procedimento;
13. Abrir o kit curativo com técnica asséptica sobre a mesa auxiliar;
14. Retirar o curativo anterior (se houver) com pinça anatômica com dente;
15. Abrir a seringa e conectá-la a agulha;
16. Fazer desinfecção do látex da bolsa de SF 0,9% com algodão umedecido com álcool 70%;
17. Perfurar o látex da bolsa do SF com agulha 40x12 conectada à seringa;
18. Aspirar 20 ml de SF e irrigar a ferida, quantas vezes forem necessárias;
19. Desprezar a seringa com agulha na caixa de perfurocortante;
20. Colher o exsudato com "Swabs" do local mais profundo e, caso seja necessário, proceder com a realização do curativo;
21. Identificar o material com: Etiqueta própria do laboratório;

22. Recolher o material;
23. Higienizar as mãos;
24. Encaminhar material utilizado para expurgo;
25. Higienizar as mãos;
26. Providenciar o encaminhamento imediato do material colhido para laboratório;
27. Anotar no prontuário o procedimento e intercorrências;
28. Checar a prescrição médica.

CATETER VENOSO CENTRAL

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- 01 almotolia de álcool 70%;
- 02 kits sutura;
- 02 tubos de coleta próprio e estéril;
- Gaze estéril;
- Fita adesiva microporosa ou esparadrapo;
- 01 tesoura;
- 01 compressa limpa;

Procedimentos

1. Higienizar as mãos;
2. Explicar o procedimento ao cliente e acompanhante;
3. Manter o cliente em posição confortável;
4. Reunir material;
5. Aproximar o material do cliente;
6. Realizar desinfecção da mesa auxiliar com álcool 70% com compressa;
7. Desprezar compressa;
8. Aproximar o lixo do leito;
9. Posicionar o cliente no leito em decúbito dorsal, cabeceira elevada até 30°;
10. Fazer desinfecção do látex da bolsa de SF 0,9% com algodão umedecido com álcool 70%;
11. Perfurar o látex da bolsa do SF com agulha 40x12 conectada à seringa;
12. Higienizar as mãos;
13. Abrir o kit sutura com técnica asséptica sobre a mesa auxiliar;
14. Retirar o curativo anterior (se houver) com pinça Kelly reta;
15. Calçar a luva estéril em ambas as mãos;
16. Umedecer a gaze com álcool 70% e aplicar ao redor do cateter;
17. Fixar e levantar o ponto, na altura do nó cirúrgico, utilizando a pinça Kelly e dente de rato;
18. Cortar o fio com tesoura abaixo do nó cirúrgico, próximo à pele e puxá-lo (o fio deverá ser cortado de um lado só);
19. Colocar uma gaze próxima ao local de inserção do cateter;

20. Retirar o cateter com técnica asséptica;

21. Cortar o cateter diretamente no tubo estéril, com técnica asséptica, utilizando tesoura estéril (utilizar uma pinça para retirar o ponto e outra para cortar o cateter);

22. Colocar a porção distal a pele no tubo identificado como proximal;

23. Fazer curativo na inserção;

24. Identificar o material com: Etiqueta própria do Laboratório;

25. Recolher o material;

26. Higienizar as mãos;

27. Encaminhar material utilizado para expurgo;

28. Higienizar as mãos;

29. Providenciar o encaminhamento imediato do material colhido para laboratório;

30. Anotar no prontuário o procedimento e intercorrências;

31. Checar a prescrição médica.

URINA (SONDA VESICAL DE DEMORA)

Materiais

Colocar em uma bandeja

- Algodão umedecido com álcool 70%.
- 01 agulha 30x8.

- 01 seringa de 10 ml.
- Frasco coletor estéril.

Procedimento

1.Higienizar as mãos;

2.Explicar o procedimento ao cliente e acompanhante;

3.Manter o cliente em posição confortável;

4.Reunir material;

5.Aproximar o material do cliente;

6.Higienizar as mãos;

7.Calçar luvas de procedimento;

8.Adaptar a agulha à seringa estéril;

9. Fazer desinfecção no dispositivo para coleta de urina do coletor sistema fechado com algodão umedecido com álcool 70%;

10. Puncionar o dispositivo do coletor;

11. Aspirar a urina;

12. Colocar urina coletada em frasco estéril próprio;

13. Desprezar seringa em perfurocortante;

14. Higienizar as mãos;

15. Identificar o frasco coletor com: Etiqueta própria do laboratório;

16. Recolher o material;

17. Higienizar as mãos;

18. Encaminhar material utilizado para expurgo;

19. Higienizar as mãos;
20. Providenciar o encaminhamento imediato do material colhido para laboratório;
21. Anotar no prontuário o procedimento realizado e aspecto da urina;
22. Checar a prescrição médica.

Observações

- Não é recomendada a cultura da urina da bolsa coletora;
- Para a realização da coleta o "clamp" da bolsa coletora deve ser fechado.

FEZES

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- Frasco coletor estéril próprio;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 comadre.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;

2. Explicar o procedimento ao cliente e acompanhante;
3. Manter o cliente em posição confortável;
4. Reunir material;
5. Aproximar o material do cliente;
6. Higienizar as mãos;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Coletar as fezes em frasco coletor estéril próprio;
9. Desprezar as luvas;
10. Higienizar as mãos;
11. Identificar o frasco coletor com: Etiqueta própria do laboratório
12. Recolher o material;
13. Providenciar o encaminhamento imediato do material colhido para laboratório;
14. Anotar no prontuário o procedimento realizado e aspecto da urina;
15. Checar a prescrição médica.

11 – COLETA **DE SANGUE**

Definição

Coleta de sangue através de uma veia periférica.

Objetivo

Obter sangue para a realização de exames laboratoriais.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- 01 par de luvas de procedimento;
- 02 bolas de algodão (01 umedecida com álcool 70% e 01 seca);
- Agulha para punção a vácuo;
- Adaptador para tubo Vacutainer;
- 01 seringa 20ml;
- Tubos para coleta;
- Etiquetas de identificação de exames;
- Pedidos com descrição dos exames laboratoriais.

Procedimento

1. Reunir material;

2. Higienizar as mãos;

3. Certificar-se do pedido de exame laboratorial e tipo de exame a ser coletado;

4. Identificar os tubos de coleta com a etiqueta e com código do cliente;

5. Explicar o procedimento ao cliente e acompanhante;

6. Manter o cliente em posição confortável;

7. Higienizar as mãos;

8. Calçar as luvas de procedimento;

9. Expor o membro a ser puncionado e avaliar rede venosa;

10. Garrotear o membro e solicitar que o cliente abra e feche as mãos;

11. Fazer a antissepsia do local da punção com algodão umedecido com álcool 70% em movimentos com sentido único;

12. Introduzir a agulha na luz da veia, conectada ao adaptador;

13. Conectar o tubo a vácuo dentro do adaptador;

14. Soltar o garrote;

15. Aguardar o preenchimento do tubo com sangue;

16. Deixar que a pressão do sangue empurre o êmbolo através da seringa, caso a coleta seja com seringa;

17. Retirar o tubo do adaptador e misturar o sangue com o anticoagulante fazendo movimentos leves com o tubo;

18. Realizar leve compressão com algodão seco no local da punção até que pare o sangramento;

19. Realizar curativo no local da punção;

20. Recolher o material utilizado e desprezar adequadamente;

21. Desprezar as luvas;

22. Higienizar as mãos;

23. Registrar no livro de coleta laboratorial, nome, leito, exames e etiqueta com o código;

24. Checar a prescrição médica;

25. Anotar no prontuário o procedimento, material utilizado e intercorrências.

COLETA COM SISTEMA A VÁCUO E COLETA MÚLTIPLA

1- Rosqueie a agulha no adaptador (canhão). Não remova a capa protetora de plástico da agulha;

2- Ajuste o garrote e escolha a veia;

3- Faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70% ou álcool iodado a 1%. Não toque mais no local desinfetado;

4- Remova o protetor plástico da agulha. Faça a punção;

5- Introduza o tubo no suporte, pressionando-o até o limite;

6- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir no tubo;

7- Separe a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça. Descarte a agulha em recipiente de boca larga, paredes rígidas e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2%;

8- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo.

12 – COLOCAÇÃO **DE COLETOR DE URINA INFANTIL**

Definição

Coleta de urina para exame laboratorial com saco coletor, que é fixado em região perineal da criança. Existem os sacos coletores que são unissex e existem os sacos coletores específicos para meninos e específicos para menina.

Objetivos

- Realizar controle hídrico;
- Coletar urina para exames laboratoriais;
- Evitar coleta de urina por cateter vesical e/ou outra técnica invasiva.

Quem faz

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- 01 coletor de urina infantil estéril;
- 01 frasco coletor universal;
- 01 par de Luva de procedimentos;
- 01 pacote de gaze estéril;
- 01 frasco de água destilada de 10ml;
- Etiqueta para identificação.

Procedimento

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Encaminhar a criança e o seu responsável até um local reservado;
4. Explicar o procedimento ao responsável pela criança e solicitar que o mesmo permaneça ao lado da mesma até o término do procedimento;
5. Preservar a privacidade do cliente com o biombo;
6. Calçar as luvas;
7. Expor a região genital da criança;
8. Realizar higienização da região genital com gaze umedecida com água destilada, caso seja necessário, proceder à higienização com água morna e sabão;
9. Realizar a higiene íntima e trocar as luvas;
10. Abrir a embalagem do coletor de urina sem contaminar a região interna do mesmo;
11. Retirar adesivo da abertura do coletor;
12. Colocar o coletor adaptando-o à genitália da criança;

13. Fixar o coletor em meato uretral de modo não deixar folgas ou dobras entre o coletor e a pele;
14. Vestir a criança;
15. Orientar o responsável a acionar a enfermagem assim que a criança urinar;
16. Higienizar as mãos;
17. Calçar luva estéril;
18. Retirar o coletor estéril;
19. Identificar o frasco coletor com etiqueta própria;
20. Colocar a urina no frasco coletor sem contaminar;
21. Acondicionar o frasco coletor em local próprio;
22. Recolher o material;
23. Desprezar as luvas;
24. Higienizar as mãos;
25. Registrar o exame em livro pertinente;
26. Checar prescrição médica.

Observações

- O coletor deve ser trocado a cada duas horas caso a criança não apresente micção;
- Não permitir que o responsável colha a urina em casa pelo risco de contaminação do material;
- Está contra indicado o uso do coletor em crianças com lesões no períneo;

- Solicitar ao acompanhante que evite grandes movimentações da criança durante o tempo em que estiver com o coletor.

13 – CONTROLE **DE FREQUÊNCIA CARDÍACA**

Definição

Ato de aferir a frequência cardíaca através de ausculta, por um determinado período de tempo.

Objetivo

- Detectar precocemente desvios de normalidade, indicar variações de ritmo e frequência cardíaca.
- Fornecer medidas objetivas para avaliação do cliente.

Quem faz

Materiais

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

- Relógio com marcação de segundos;
- Luva de procedimento.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Calçar as luvas;
3. Solicitar ao usuário que se sente ou deite, proporcionando-lhe uma posição confortável, com o braço estendido ao longo do corpo e com a palma da mão voltada para baixo;
4. Colocar o dedo indicador, médio e anelar sobre a artéria, fazendo leve pressão, suficiente para sentir pulsação;
5. Com o relógio em posição adequada (facilitando a visualização), contar o número de pulsações durante um minuto;
6. Observar ritmo e amplitude de pulso (cheio ou filiforme; rítmico ou arrítmico);
7. Organizar a sala;
8. Lavar as mãos;
9. Anotar em Ficha de Atendimento o valor encontrado.

IDADE	PULSAÇÃO
Bebês	100-170
Crianças de 2 a 10 anos	70-120
>10 anos e adultos	60-100

Observações

- Os locais de verificação de pulso arterial são: temporal, carotídeo, apical (PIM), braquial, radial, ulnar, femoral, poplíteo, tibial posterior, dorsal pedioso;
- Evitar verificar o pulso em membros afetados de paciente com lesões neurológicas ou vasculares;
- Não verificar o pulso em membro com fístula arteriovenosa;
- Nunca usar o dedo polegar na verificação, pois pode confundir a sua pulsação com a do paciente.

14 – CONTROLE DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Definição

Respiração é o ato de inspirar e expirar, promovendo a troca de gases entre o organismo e o ambiente;

Nomenclatura

- Bradipneia - frequência respiratória abaixo do normal;
- Taquipneia - frequência respiratória acima do normal;
- Dispneia - dificuldade respiratória, respiração lenta;
- Ortopneia - respiração facilitada com a posição vertical e dificultada na posição dorsal;
- Respiração Estertorosa - respiração com ruídos;
- Cheyne Stokes - respiração rápida e profunda, sem pausas;

Objetivo

O objetivo do procedimento é avaliar a frequência de ventilação do paciente e detectar anormalidades no padrão e sistema respiratório.

Procedimento

- Preparar o material necessário para o procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Solicitar ao paciente que se sente ou deite, proporcionando-lhe uma posição confortável;
- Contar a frequência respiratória (inspiração e expiração, ciclo completo) por um minuto (contar o número de vezes que o tórax se eleva);
- Observar o tipo de respiração;
- Organizar a sala;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação do valor obtido e checagem na prescrição médica ou de enfermagem, em FA ou prontuário, contendo horário da realização, assinatura e carimbo.

Considerações

- O paciente deve estar tranquilo;
- Orientar o paciente para que não fale durante a verificação;
- Não contar a respiração logo após esforços do paciente;
- O paciente não deve perceber que está sendo verificado o número de respirações, pois poderá interferir.

Valores de referência

- adulto 16 a 20 rpm
- criança 20 a 25 rpm
- lactente 30 a 40 rpm

Materiais

- Relógio com marcador de segundo.

15 – CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR

Definição

Consiste na coleta de uma gota de sangue capilar por meio de punção para a monitorização dos valores glicêmicos.

Objetivo

- Verificar rapidamente a taxa de glicemia capilar;
- Fornecer parâmetros para a prescrição de insulina;
- Analisar e acompanhar a eficácia do plano alimentar, do uso de medicamentos e de outras práticas intervencionistas.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Glicosímetro;
- Lanceta específica ou Agulha 13x 4,5, em caso de absoluta inexistência da lanceta;
- 01 Fita teste;
- 02 bolas de algodão umedecidas em álcool a 70%;
- 01 bola de algodão seco;
- 01 par de luva de procedimento.

Procedimento

1. Reunir material;
2. Explicar o procedimento ao cliente;
3. Higienizar as mãos;
4. Verificar se o aparelho de leitura está calibrado e pronto para o procedimento;
5. Escolher o local mais adequado para punção;
6. Colocar luvas de procedimento;
7. Limpar a polpa digital de eleição do paciente com algodão embebido no álcool a 70% aguardar secar;
8. Introduzir a tira teste no aparelho, evitando tocar na parte reagente;
9. Lancetar a polpa digital e coletar material na fita reagente, para a leitura glicêmica;
10. Entregar o algodão seco para o cliente comprimir levemente o local da punção;
11. Retirar a fita e desprezá-la em lixo infectante e a lanceta na caixa de perfurocortante;
12. Desprezar as luvas;
13. Higienizar as mãos;
14. Registrar o resultado do teste no prontuário do paciente;
15. Realizar desinfecção do Glicosímetro com álcool 70% e guardar o aparelho;
16. Recolher material e organizar o posto de enfermagem.

Observações

- Recomenda-se que a punção seja realizada na face lateral da polpa digital e lóbulo da orelha;

- Só coletar se o local da punção estiver totalmente seco, certificar-se se o álcool secou totalmente;

- Edema de extremidades pode falsear o resultado do exame;

- Calibrar o Glicosímetro e manuseá-lo de acordo com manual do fabricante.

16 – CONTROLE DE TEMPERATURA AXILAR

Definição

Ato de aferir o ganho ou perda de calor produzido pelo organismo na região axilar.

Objetivo

- Determinar a temperatura axilar do paciente; avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem e auxiliar no diagnóstico médico e de enfermagem.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- Termômetro digital;
- 02 bolas de algodão umedecidas com álcool 70%;
- 01 par de luva de procedimento.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir material;
3. Explicar o procedimento ao cliente;
4. Calçar a luva de procedimento;
5. Fazer a desinfecção do termômetro com algodão umedecido em álcool 70%;
6. Colocar o termômetro na região axilar do cliente posicionando o membro sobre o tórax;
7. Manter nesta posição por 1 (um) minutos; ou até ele dar o alarme;
8. Verificar o valor obtido;
9. Registrar o valor da temperatura axilar e checar BE (Boletim de emergência) ou prescrição médica com horário visto e carimbo profissional;
10. Fazer a desinfecção do termômetro com algodão umedecido em álcool 70%.
11. Recolher material e organizar o posto de enfermagem.

RECOMENDAÇÕES
Qualquer alteração abrupta na temperatura deve ser comunicada ao enfermeiro. Valores normais: 36,0°C a 37,0ºC Variações de temperatura: Hipotermia = abaixo de 36ºC Estado su 37,5ºC Febre = 37,8ºC a 39,5ºC Pirexia = 39,5ºC a 40,5ºC Hiperpirexia = acima de 40,5ºC

17 – CURATIVO EM FERIDA ABERTA

Definição

Realizar a técnica de curativo auxiliando o organismo a promover a cicatrização, eliminando os fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização da lesão, diminuindo infecções cruzadas, através de técnicas e procedimentos adequados.

Objetivo

- Proporcionar o ambiente ideal para a reparação tecidual.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Bandeja;
- Kit de curativo ou luva estéril;
- Luvas de procedimento;
- Pacotes de gaze estéril;
- Cobertura prescrita (ex. papaína, carvão ativado, raiom, morim, etc.);
- Solução fisiológica (SF) morna (volume de acordo com o tamanho da ferida);
- Agulha 40x12;
- Saco plástico para lixo.

Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (definir de acordo com a complexidade da lesão)

- Avental descartável;
- Máscara cirúrgica;
- Gorro e óculos de proteção.

Fixação

- Fita crepe;
- Atadura de crepe;

- Adesivo hipoalergênico.

Se ferida infectada e tecido inviável

- Clorexidina.

Se feridas extensas ou exsudativas

- Chumaço ou compressa

Procedimento

1. Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
2. Reúna os materiais na bandeja, e leve próximo do paciente;
3. Explique o procedimento ao paciente;
4. Promova a privacidade do paciente colocando o biombo e/ou fechando a porta do quarto;
5. Posicione o paciente de acordo com o local da ferida;
6. Higienize as mãos. POP "higienização das mãos";
7. Abra todos os materiais necessários e coloque em campo estéril;
8. Perfure a solução fisiológica com agulha para irrigar a lesão;
9. Utilize os equipamentos de proteção individual de acordo com a lesão. NR-32;

10. Retire o curativo anterior, delicadamente, com luva de procedimento ou pinça, observando o aspecto do curativo anterior;

11. Descarte o curativo anterior e todo material utilizado durante o procedimento em saco plástico. Descarte a luva de procedimentos utilizada na remoção do curativo anterior;

12. Calce a luva estéril ou de procedimento (se utilizar pinças);

13. Limpe a pele ao redor da ferida com gaze embebida em solução fisiológica (se infectada, utilize posteriormente clorexidina e remova-o com SF);

14. Limpe a ferida, de acordo com a avaliação:

✓ SE PRESENÇA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO - irrigue a lesão com solução fisiológica morna, em toda a sua extensão.

✓ SE PRESENÇA DE TECIDO DESVITALIZADO - irrigue a lesão ou limpe com gaze estéril. embebida em solução fisiológica morna exercendo suave pressão para remover tecidos inviáveis.

✓ SE PRESENÇA DE INFECÇÃO - irrigue a lesão ou limpe a ferida com gaze estéril embebida em solução fisiológica (e antisséptico, se houver indicação). Posteriormente, remover todo o antisséptico com solução fisiológica conforme prescrição de enfermagem ou médica.

15. Seque a pele ao redor da ferida;

16. Coloque a cobertura primária prescrita sobre a lesão (preencher a cavidade se houver);

17. Coloque gases sobre o curativo primário (se exsudativa, utilize chumaço ou compressa). 18 Fixe o curativo com adesivo hipoalergênico ou enfaixe com atadura de crepe;

18. Retire os equipamentos de proteção individual;

19. Higienize as mãos. POP “higienização das mãos”;

20. Anote data e período que foi feito o curativo;

21. Calce as luvas de procedimento;

22. Deixe o paciente confortável;

23. Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada;

24. Encaminhe o material para o expurgo:

✓ Despreze o saco plástico em uma lixeira infectante.

✓ Despreze o material perfurocortante em recipiente próprio.

✓ Acondicione o material permanente em local apropriado até encaminhamento à Central de Desinfecção e Esterilização.

25. Retire as luvas de procedimentos;

26. Higienize as mãos. POP "higienização das mãos";

27. Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e aplique álcool 70%;

28. Higienize as mãos. POP "higienização das mãos";

29. Cheque a prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado descrevendo o aspecto da pele ao redor e leito da ferida (coloração, exsudato, etc).

18 – DESCARTE DE RESÍDUO PERFURO CORTANTE

Definição

Objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontos ou protuberâncias rígidas e

agudas capazes de cortar ou perfurar como: agulhas, ampolas, frascos de vidro, lâminas de bisturi ou barbear, cateteres agulhados e cateteres sobre agulha, etc.

Objetivo

- Prevenir acidentes com materiais perfuro cortantes.

Procedimento

- Descartar agulhas e seringa descartáveis;
- Não utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que envolvam material perfuro cortante;
- Nunca retirar da caixa o perfuro cortante já descartado;
- Nunca exceder o volume máximo permitido na caixa;
- Descartar ampolas, escalpes, lâminas e/ou agulhas, mesmo que estéreis em recipiente.

19 – DESINFECCÇÃO DE NEBULIZADORES / UMIDIFICADORES

Definição

É a destruição de micro-organismos por meio da desinfecção através de produtos químicos.

Objetivo

- Evitar o desenvolvimento de bactérias patogênicas e contaminação cruzada.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Luvas de látex;
- Óculos protetores;
- Avental de manga longa;
- Máscara N95;
- 01 baldes vazados.
- Recipiente plástico grande com tampa para detergente enzimático;
- Recipiente plástico grande com tampa para ácido peracético;
- Recipiente plástico grande com tampa para armazenar o material contaminado;
- Recipiente plástico grande com tampa para armazenar o material limpo e seco.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimento;
3. Identificar os baldes com nome da solução, data e horário de preparo;
4. Reunir todos os Nebulizadores e umidificadores já utilizados;
5. Desmontar o material;
6. Colocar todos os nebulizadores e umidificadores já utilizados no balde com a solução de detergente enzimático e deixar por 10 minutos;
7. Lavar em água corrente;

8. Secar e emergir completamente todo o material em solução desinfetante (Ácido peracético), 30min. Conforme orientação ANVISA;

9. Retirar os nebulizadores e umidificadores da imersão com o auxílio de balde vazado;

10. Lavar em água corrente abundantemente;

11. Após secagem;

12. Embalar;

13. Anotar a data do processamento e data de validade e identificação do responsável pelo preparo;

14. A solução do ácido peracético em uso tem validade de 30 dias desde que monitorada com fita específica diariamente;

15. Manter identificação do reservatório com data e hora da última troca e data e hora da próxima troca;

16. Atentar quanto ao prazo de validade do produto, diluição correta conforme orientação do fabricante;

17. Atentar quanto à ativação do produto usado e a efetividade do mesmo;

18. Fazer o monitoramento do produto diariamente;

19. O processo deverá ser realizado com EPI 's adequados conforme NR 6.

Observações

- Não deixar as compressas utilizadas sobre a pia;
- Não secar os inaladores com lençol ou campo cirúrgico;
- Os inaladores e máscaras devem ser lavados e desinfetados imediatamente após cada uso, mesmo que sejam de uso único individual, visto que o material de inaloterapia propicia um meio ideal para o desenvolvimento de bactérias patogênicas e contaminação cruzada;
- Caso não seja possível fazer a desinfecção imediata, mantê-los em recipiente exclusivo,

fechado e identificado como "**Contaminado**";

- As extensões, máscaras e inaladores deverão permanecer expostos até a secagem e armazenados em recipiente plástico, tampado e identificado como "**Desinfetado**";
- Deve-se evitar a circulação desnecessária de acompanhantes na sala de inalação;
- O material deverá sempre ser transportado em recipiente tampado.

20 – DESINFECCÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS OU INSTRUMENTAIS

Definição

São procedimentos que visam o controle da infecção cruzada através da destruição de micro-organismos.

Objetivo

- Garantir a técnica adequada de desinfecção e embalagem do material ou instrumental que será esterilizado.

Materiais

- EPIs: luvas de látex, luvas de procedimento, máscara, óculos protetores e avental de manga longa;
- Papel grau cirúrgico ou outro padronizado;
- Tesoura;

- Fita teste;
- Seladora, no caso do papel grau cirúrgico;
- Solução de enzimático (5ml para cada 1 litro);
- Papel toalha;
- Escova e esponja.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Procedimento

- Utilizar EPI's, conforme técnica;
- Imergir os materiais em solução de detergente enzimático por 5 minutos;
- Realizar fricção mecânica dos materiais individualmente;
- Enxaguar os materiais abundantemente em água corrente;
- Secar com papel toalha;
- Embalar o material adequadamente (conforme técnica);
- Identificar com: data, tipo de material e nome do responsável pelo preparo;
- Proceder à esterilização em autoclave.

21 – ELETROCARDIOGRAMA

Definição

Eletrocardiograma é um exame que permite a avaliação elétrica da atividade cardíaca.

Objetivo

- Estabelecer os critérios e as práticas para orientar as ações que compõem a execução do procedimento de eletrocardiografia.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Aparelho de ECG;
- Braçadeiras para derivações periféricas;
- Gel ou algodão umedecido com álcool a 70%;
- Peras ou eletrodos precordiais.

Procedimento

1. Explicar ao paciente e familiar o procedimento;

2. Conduzir o cliente até local do exame;

3. Preservar a privacidade do paciente;

4. Higienizar as mãos;

5. Reunir material;

6. Verificar presença de objetos metálicos com o paciente (moedas, óculos, aliança, correntes, etc.) e solicitar retirada;

7. Colocar as braçadeiras conforme indicação respectiva:

✓ *MSD – RA*

✓ *MID – RL*

✓ *MSE – LA*

✓ *MIE – LL*

08. Adaptar os cabos das derivações precordiais às peras ou eletrodos descartáveis, posicionando- os da seguinte forma:

✓ *V1 – nº 1 – VERMELHO – 4° espaço intercostal D.*

✓ *V2 – nº 2 – AMARELO – 4° espaço intercostal E.*

✓ *V3 – nº3 – VERDE – ponto médio entre V1 e V4.*

✓ *V4 – nº 4 – PRETO – 5° espaço intercostal na linha hemiclavicular E.*

✓ *V5 – nº 5 – MARROM – linha axilar anterior E, ao nível horizontal de V4.*

✓ *V6 – nº 6 – ROXO – linha axilar média E, ao nível horizontal de V4.*

09. Proceder com o registro das derivações conforme instruções do eletrocardiógrafo;

10. Retirar e fazer a desinfecção com álcool 70% nas braçadeiras e peras ou eletrodos;

11. Promover conforto ao cliente e devolver os pertences;

12. Destacar o papel com o registro e identificá-lo com nome, idade, data e hora e registro do profissional;

13. Registrar no prontuário do cliente realização do exame;

14. Orientar o cliente para onde ele deve se encaminhar;

15. Manter o aparelho ligado à rede elétrica no modo stand by para recarregamento da bateria;

16. Promover a limpeza das partes metálicas das braçadeiras bem como das peras.

22 – ENTEROCLISMA

Definição

Consiste no processo de introdução no intestino de solução, medicamentosa ou não, por meio de sonda retal. Quando a quantidade de solução infundida é menor (de 50ml a 500ml) é denominada clister ou enema.

Objetivo

- Auxiliar no amolecimento do conteúdo fecal viabilizando sua exteriorização, aliviando a constipação;
- Preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

1. Solução prescrita previamente aquecida;
2. 01 sonda retal n° 20 ou 22;
3. 01 par de luvas de procedimento;
4. 01 tubo de gel anestésico;
5. Gaze estéril;
6. Travessa ou lençol;
7. Comadre;
8. Material para higiene íntima, se necessário;
9. Saco plástico.

Procedimento

1.Higienizar as mãos;

2.Reunir material e aproximá-lo do cliente;

3.Conferir a prescrição médica com o nome e leito;

4.Explicar o procedimento ao cliente e acompanhante;

5.Preservar a privacidade do cliente utilizando biombo;

6.Forrar a cama com saco plástico e lençol;

7. Colocar o cliente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo, com membro inferior direito fletido e o membro inferior esquerdo estendido ou levemente flexionado);

8.Manter cabeceira da cama abaixada;

9.Higienizar as mãos;

10. Calçar luvas de procedimentos;

11. Lubrificar a cânula com gel anestésico;

12. Inserir suavemente a sonda no reto;

13. Introduzir o líquido através da compressão do frasco;

14. Retirar a sonda do reto;

15. Orientar o cliente a manter a posição até sentir forte vontade de evacuar (em torno de 2 a 5 minutos);

16. Recolher material;

17. Desprezar as luvas;

18. Higienizar as mãos;

19. Auxiliar o cliente a ir ao banheiro ou auxiliá-lo no uso da comadre, erguendo a cabeceira da cama;

20. Observar a característica das fezes;

21. Auxiliar ou realizar higiene íntima;

22. Checar a prescrição médica e registrar procedimento e possíveis intercorrências em prontuário.

Observações

- Nunca forçar a introdução da sonda, em caso de resistência comunicar o enfermeiro ou médico, o toque retal é realizado de forma exclusiva pelo enfermeiro ou médico, com o consentimento prévio do médico, paciente e/ou família;
- Na ocorrência de desconforto abdominal, suspender o uso imediatamente;
- Enfermeiro avalia os riscos e habilidade do cuidador para permanência ou não do profissional de enfermagem no domicílio até o final do gotejamento;
- Cuidador deverá avisar a equipe por meio de ligação telefônica sobre o resultado do procedimento;
- Combinar sempre que possível com o cuidador o melhor horário a ser realizado o procedimento, pois neste dia, os cuidados lhe tomarão mais tempo.

23 – HIGIENE DAS MÃOS

Definição

Limpeza das mãos através da lavagem com água e sabão.

Objetivo

- Reduzir a população microbiana presente nas mãos;
- Controlar infecções nos serviços de saúde;
- Controle de infecção cruzada.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Água;
- Sabonete líquido;
- Papel toalha.

Procedimento

1. Remover anéis e pulseiras;
2. Abrir a torneira e molhar as mãos;
3. Acionar o dispensador de sabão 1 ou 2 vezes até conseguir quantidade suficiente de sabão;
4. Realizar a lavagem das mãos da seguinte forma:

✓ Palma e dorso das mãos;

✓ Espaços interdigitais e articulações;

✓ Polegares;

✓ Unhas e extremidades dos dedos;

✓ Punhos e antebraços – se necessário.

5. Enxaguar bem as mãos retirando totalmente os resíduos de sabão;

6. Secar bem as mãos com papel toalha;

7. Utilizar o papel toalha para fechar a torneira, caso o acionamento não seja automático.

24 – INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM)

Definição

É a introdução de um tubo, através da boca ou narina, por dentro da traquéia quando o cliente apresenta incapacidade de respirar espontaneamente.

Objetivo

- Auxiliar o médico na inserção do tubo traqueal quando da necessidade de via aérea definitiva, no atendimento de urgência/emergência.

Quem faz

INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL - Médico.

AUXÍLIO NO PROCEDIMENTO - Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Cabo de laringoscópio adequado ao tamanho e idade do cliente;
- Lâminas retas e curvas com a numeração de acordo com a solicitação do médico;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Umidificador;
- Cânula endotraqueal do tamanho solicitado pelo médico;
- Cadarço;
- Fio guia estéril;
- Estetoscópio;
- Cânula de guedel;
- Seringa de 10 ml;
- Gaze;
- Óculos de proteção;
- Máscara descartável;
- Material para aspiração;
- Ventilador mecânico;

- Dispositivo bolsa-valva-máscara (Ambú®).

Procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Preservar a privacidade do cliente;
- Retirar próteses dentárias e realizar aspiração na cavidade nasal e oral, se necessário;
- Reunir o material e organizá-los na mesa de apoio, posicionando-a próximo ao cliente;
- Posicionar o cliente em decúbito dorsal horizontal;
- Hiperestender o pescoço e abrir as vias aéreas;
- Montar laringoscópio com cabo e lâmina solicitado pelo médico;
- Separar a cânula endotraqueal de acordo com o tamanho solicitado pelo médico;
- Testar o cuff da cânula antes do procedimento insuflando o mesmo com a seringa de 10 ml e verificando se não há escape de ar, esvaziá-lo após o teste, sem retirar a cânula do invólucro;
- Introduzir o fio guia sem retirar a cânula do invólucro;
- Entregar ao médico: óculos de proteção, máscara descartável e luva estéril;
- Entregar o laringoscópio montado (cabo e lâmina devidamente testados) ao médico;
- Entregar ao médico o tubo endotraqueal de forma que ele retire o mesmo do invólucro;
- Umidificador ligado à rede de O2
- Ligar e programar aparelho de ventilação mecânica conforme orientação médica;
- Aguardar a realização da intubação pelo médico;

- Realizar aspiração, se necessário;
- Insuflar o cuff com seringa de 10 ml após intubação ou entregar a seringa para que o médico o faça;
- Realizar aspiração, se necessário;
- Iniciar imediatamente a ventilação através do dispositivo bolsa-valva-máscara (Ambú), ligado à rede de O2;
- Fixar o tubo com cadarço ou esparadrapo na marcação determinada pelo médico, de forma firme sem ocluir o tubo;
- Entregar o estetoscópio ao médico ou enfermeiro para que se realize a confirmação da localização do tubo através de ausculta: 1° estômago, 2° ápices dos pulmões direito e esquerdo e 3° bases dos pulmões direito e esquerdo;
- Conectar o tubo no aparelho de ventilação mecânica;
- Deixar o cliente em posição confortável;
- Monitorizar saturação de oxigênio;
- Recolher o material;
- Desprezar as luvas e os materiais descartáveis;
- Higienizar as mãos;
- Anotar em prontuário todo o procedimento e possíveis intercorrências.

Observações:

- Em caso de trauma, manter o pescoço em posição neutra, com estabilização da coluna cervical durante o procedimento. Garantida essa posição, o colar cervical pode ser retirado durante o procedimento e recolocado em seguida;

- Cada tentativa de intubação deve durar até 20 segundos. A intubação nunca deve ser interrompida por mais de 30 segundos.

25 – INALAÇÃO

Definição

A nebulização consiste numa forma de tratar afecções pulmonares por meio de substâncias especiais associadas ao O2 ou ar comprimido.

Objetivo

- Aliviar processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos;
- Umedecer para tratar ou evitar desidratação das mucosas;
- Fluidificar para facilitar a remoção de secreções;
- Administrar mucolíticos para obter atenuação ou resolução de espasmos;
- Administrar corticosteróides com ação anti-inflamatória e anti-exsudativa;
- Administrar agentes anti-espumantes nos casos de edema agudo de pulmão.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Solução prescrita;
- Medicação prescrita;
- 01 seringa de acordo com o volume da solução;
- 01 agulha 40x12;
- Inalador / Micronebulizador (kit com máscara, copo e extensão);
- Saco plástico transparente para acondicionamento do inalador;
- Etiqueta com identificação do cliente.

Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Preparar a inalação conforme prescrição médica;
- Aspirar solução fisiológica com seringa e agulha 40x12 e colocar no copo do inalador;
- Gotejar a quantidade prescrita de medicamento (s) diretamente no copo do inalador;
- Conectar a máscara adequada ao cliente ao copo do inalador;
- Encaminhar o cliente à sala de inalação e explicar o procedimento;
- Conectar o inalador à extensão de oxigênio ou ar comprimido (conforme prescrição médica), abrindo lentamente o fluxômetro (5 a 7 L/min);
- Adaptar a máscara ao cliente abrangendo boca e nariz;

- Solicitar que o cliente ou acompanhante segure a máscara até o término da inalação;
- Acondicionar o inalador utilizado conforme rotina;
- Checar, anotar e carimbar na F.A;
- Organizar o posto de enfermagem.

Observações:

Caso o cliente esteja em observação acondicionar o inalador em saco plástico com etiqueta identificando o nome, idade, data e hora;

Após o término da inalação, proceder a higienização do inalador conforme protocolo.

26 – INSTALAÇÃO DE DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Definição

Instalação de um dispositivo peniano de látex para controlar o débito urinário e proteger região perineal do contato com urina em clientes masculinos com incontinência urinária e/ou nível de consciência alterado.

Objetivo

- Prevenir infecções/ lesões de períneo;
- Promover o conforto e bem-estar do cliente;
- Controle hídrico/diurese;
- Coleta de material para exames complementares.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Material

Colocar em uma bandeja

- Dispositivo para incontinência urinária (Uripem®);
- Coletor de urina sistema aberto;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Fita microporosa s/n;
- Gaze;
- Tesoura.

Procedimento

1. Explicar ao cliente e familiar o procedimento;
2. Preservar a privacidade do cliente com o biombo;
3. Higienizar as mãos;
4. Calçar luvas de procedimento;
5. Fazer a higiene íntima e, se necessário, cortar excesso de pelos;
6. Colocar o dispositivo no pênis, desenrolando-o da glande para a raiz do pênis;
7. Fixar o material anexo ao dispositivo ou fita micropore na raiz do pênis;
8. Adaptar a extensão do saco coletor no dispositivo urinário;
9. Deixar o paciente confortável;
10. Desprezar as luvas;
11. Higienizar as mãos;
12. No expurgo lavar a bandeja com água e sabão, limpar com álcool 70% e encaminhar ao destino;
13. Recolher o material;
14. Higienizar as mãos;
15. Checar prescrição médica;
16. Anotar no prontuário o procedimento e intercorrências;
17. Limpar e organizar o posto de enfermagem.

Observações

- Tomar cuidado para não garrotear o pênis do paciente;
- Observar a presença de lesões;
- Fazer troca do dispositivo pelo menos uma vez ao dia na hora do banho e após cada higiene íntima;
- Em caso de extravasamento e necessidade de controle rigoroso de diurese, pesar também a fralda do (descontando o peso da fralda).

27 – LIMPEZA CONCORRENTE DA UNIDADE

Definição

Limpeza e desinfecção diária dos componentes da unidade do cliente como: cama (cabeceira, grades, laterais, estrado, manivelas e pés), balcão, criado mudo, mesa de refeição, suporte de soro e poltrona.

Objetivos

- Manter sob controle possíveis infecções no ambiente da Unidade;
- Remover sujidade e promover desinfecção da unidade do cliente (cama, criado mudo, suporte de soro, bomba de infusão, mesa de refeição, cadeira e escada de dois degraus);
- Promover conforto e bem estar ao cliente.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Álcool 70%;
- Compressas.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Abrir portas e janelas para arejar o setor;
3. Calçar as luvas de procedimento;
4. Retirar objetos que possam estar sobre a criado mudo, afastar cadeira e colocar os materiais em local apropriado;
5. Iniciar a limpeza pelo criado mudo, parte externa e interna;
6. Limpar mesa de refeição: superfície de apoio, pernas e pés da mesa;
7. Limpar o suporte de soro, a campainha e o painel de oxigênio;
8. Limpar a parte da cabeceira da cama: grades, laterais, estrado;
9. Limpar a parte dos pés da cama: grades, manivelas, laterais e estrado;
10. Limpar os balcões, bins e gavetas;
11. Limpar a superfície horizontal do criado mudo, a cadeira, a escadinha;

12. Deixar a unidade em ordem;
13. Desprezar as luvas de procedimento;
14. Recolher todo material utilizado e fazer a desinfecção no expurgo ou local apropriado;
15. Checar a limpeza em impresso padronizado.

28 – MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA - EV

Definição

Consiste na introdução de medicamento e ou soluções diretamente na veia (corrente sanguínea), através de punção venosa com a finalidade de absorção rápida da substância em uso, sejam elas: soluções hipertônicas, isotônicas, hipotônicas, sais orgânicos, eletrólitos e medicamentos que deverão ter solubilidade sanguínea e estar livre de cristais ou qualquer outra partícula visível em suspensão.

Objetivo

- Melhora clínica do cliente após administração;
- Administrar medicamentos que irritam o tecido muscular;
- Obter efeito sistêmico mais rápido.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Bandeja;
- Algodão;
- Álcool etílico a 70%;
- Luvas de procedimento;
- Seringa/Soro com a medicação prescrita;
- Equipo de macro ou microgotas (conforme medicação prescrita);
- Agulha para aspiração (40x12);
- Cateter sobre agulha ou Cateter agulhado adequado(s) ao calibre da veia do paciente;
- Garrote;
- Medicação prescrita.

Procedimento

1. Reunir todo o material numa bandeja;
2. Higienizar as mãos;
3. Antes de administrar qualquer medicação cheque sempre mentalmente os 9 certos;
4. Separar o frasco ou a ampola e fazer a limpeza do mesmo com algodão embebido álcool 70%;
5. Fazer reconstituição do medicamento liofilizado ou em pó e aspirar conteúdo do frasco;
6. Fazer diluição do medicamento, se necessário;

7. Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;

8. Calçar as luvas de procedimento;

9. Escolher a veia, garrotear sem compressão exagerada, acima do local escolhido (aproximadamente 10 cm);

10. Pedir ao usuário para fechar a mão e manter o braço imóvel;

11. Realizar antissepsia em movimentos circulares do centro para as extremidades com algodão embebido em álcool a 70%;

12. Expelir todo o ar da seringa;

13. Com a mão esquerda, esticar a pele, fixar a veia e segurar o algodão;

14. Colocar o bisel voltado para cima, segurar o canhão da agulha com o dedo indicador da mão dominante e a seringa com os demais dedos;

15. Introduzir a agulha e após o refluxo de sangue na seringa, pedir para o paciente abrir a mão e com a mão não dominante retirar o garrote;

16. Administrar a medicação, retirar o cateter e comprimir com algodão seco, sem massagear;

17. Observar o local da aplicação;

18. Acionar o dispositivo de segurança;

19. Recolher o material e descartar os resíduos em recipientes adequados;

20. Retirar as luvas de procedimento;

21. Higienizar as mãos;

22. Checar prescrição médica;

23. Anotar no prontuário, item da prescrição, via de administração e local aplicado;

24. Limpar e organizar o posto de enfermagem.

Medicamento diluído em SF, SG e / ou RL Materiais

- Medicamento prescrito
- Solução prescrita
- 01 equipo para soro
- 01 bola de algodão umedecida com álcool 70%
- 01 seringa de acordo com o volume a ser aspirado
- 01 agulha 40x12 - aspiração
- 01 par de luvas de procedimento
- Rótulo para soro
- Bandeja

Procedimento

1. Reunir material;
2. Higienizar as mãos;
3. Antes de administrar qualquer medicação cheque sempre mentalmente os 9 certos;
4. Promover a privacidade do cliente;
5. Explicar o procedimento ao cliente;
6. Preencher o rótulo do soro;

7. Separar o frasco ou a ampola e fazer a limpeza do mesmo com algodão embebido em álcool;

8. Aspirar o medicamento utilizando agulha 40x12 e seringa de tamanho adequado e fazer a diluição na solução prescrita;

9. Colar o rótulo no frasco;

10. Colocar o medicamento e o algodão em uma bandeja e aproximá-lo do cliente;

11. Posicionar o cliente;

12. Verificar o local de administração (AVP ou AVC);

13. Calçar as luvas de procedimento;

14. Realizar limpeza da proteção da torneirinha com álcool a 70%

15. Retirar a proteção da torneirinha;

16. Conectar o equipo ao dispositivo intravenoso;

17. Abrir o equipo com a velocidade de gotejamento prescrita;

18. Observar a reação do cliente;

19. Recolher o material;

20. Desprezar os materiais descartáveis em local adequado;

21. Desprezar seringa e agulha em caixa de perfurocortante;

22. Retirar as luvas de procedimento;

23. Lavar a bandeja com água e sabão, limpar com álcool 70% e colocar em local próprio

24. Higienizar as mãos;

25. Checar prescrição médica;

26. Anotar no prontuário, item da prescrição, via de administração e local onde foi aplicado;

27. Limpar e organizar o posto de enfermagem.

Observações

- Não reencapar a agulha utilizada;
- Não desconectar a agulha utilizada da seringa;
- Observar o estado geral do paciente durante e após a administração medicamentosa;
- Caso não seja permanente a punção, deverá ser realizado rodízio de locais;
- Evitar áreas inflamadas, hipotróficas, com nódulos, paresias, plegias e outros, pois podem dificultar a absorção do medicamento;
- Observar possível infiltração no local de inserção do cateter;
- Durante a infusão de substâncias endovenosas, podem ocorrer reações pirogênicas ou bacterianas, sendo importante a observação de manifestações clínicas que poderão ser: calafrios intensos, elevação de temperatura, sudorese, pele fria, hipotensão, cianose de extremidades e/ou labial, levando à uma abrupta queda do estado geral do paciente;
- Essas possíveis reações são verificadas logo após o início de terapia endovenosa e, devem cessar logo que interrompida.

ATENÇÃO OS NOVES CERTOS

29 – MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR - IM

Definição

A via intramuscular é utilizada para administrar medicamentos irritantes, por ser menos dolorosa, considerando-se que existe menor número de terminações nervosas no tecido muscular profundo. O volume a ser administrado deve ser compatível com a massa muscular, que varia de acordo com a idade, localização e estado nutricional

Objetivo

- Administrar medicamentos que não podem ser absorvidos diretamente pela mucosa gástrica;
- Obter ação mais rápida do que por via oral.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- Medicamento prescrito;
- 02 bolas de algodão (01 seca e 01 umedecidas com álcool 70%);

- 01 seringa de 3ml ou 5ml;
- 01 agulha 40x12 – aspiração;
- 01 agulha apropriada para aplicação (25x7, 25x8, 30x7 ou 30x8).

Procedimento

1. Reunir material;
2. Higienizar as mãos;
3. Antes de administrar qualquer medicação cheque sempre mentalmente os 9 certos;
4. Promover a privacidade do cliente;
5. Explicar o procedimento ao cliente;
6. Higienizar as mãos;
7. Separar o frasco ou a ampola e fazer a limpeza do mesmo com algodão embebido em álcool;
8. Aspirar o medicamento utilizando a seringa de 3 ml ou 5 ml e agulha 40x12;
9. Fazer a diluição se necessário, e aspirar à medicação;
10. Trocar as agulhas, colocando a específica para via IM (ver recomendações);
11. Colocar o paciente em posição correta (ver recomendações);
12. Expor a área de aplicação e delimitar o local e fazer antissepsia com algodão umedecido em álcool 70%;
13. Introduzir a agulha no local, fazendo ângulo que a região de aplicação solicita (ver recomendações) e aspirar para certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
14. Injetar lentamente o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo com a mão oposta à que segura a seringa;

15. Retirar a agulha com um único movimento, rápido e firme;
16. Comprimir o local com algodão, para evitar sangramento e retorno da medicação;
17. Observar a reação do cliente;
18. Desprezar os materiais descartáveis em local adequado;
19. Desprezar seringa e agulha em caixa de perfurocortante;
20. Retirar as luvas de procedimento;
21. Lavar a bandeja com água e sabão, limpar com álcool 70% e colocar em local próprio;
22. Higienizar as mãos;
23. Checar prescrição médica;
24. Anotar no prontuário; item administrado, via de administração e local de aplicação;
25. Limpar e organizar o posto de enfermagem.

ATENÇÃO AOS NOVES CERTOS:

30 – MEDICAÇÃO VIA NASAL

Definição

Ato de introduzir medicamento através das narinas para ser absorvido na mucosa nasal.

Objetivo

- Auxiliar no tratamento de patologias específicas nas narinas.
- Manter o tratamento de patologias nasais ou tratamentos hormonais.

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- Medicamento prescrito

- Conta gotas
- Papel toalha

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir material;
3. Conferir nome do medicamento, dose, via e horário;
4. Promover a privacidade do cliente;
5. Explicar o procedimento ao cliente;
6. Higienizar as mãos;
7. Solicitar que o cliente limpe as narinas com um lenço de papel;
8. Colocar o cliente sentado ou elevar cabeceira;
9. Pingar a quantidade de gotas prescritas, sem tocar o conta-gotas no cliente e solicitar que permaneça alguns instantes com a cabeça retro elevada;
10. Desprezar os materiais descartáveis em local adequado;
11. Lavar a bandeja com água e sabão, limpar com álcool 70% e colocar em local próprio
12. Recolher o material;
13. Higienizar as mãos;
14. Checar prescrição médica;
15. Anotar no prontuário o item administrado e via de administração;
16. Limpar e organizar o posto de enfermagem.

31 – MEDICAÇÃO VIA OCULAR

Definição

Ato de administrar medicamento através dos olhos para ser absorvido na mucosa ocular.

Objetivo

- Auxiliar no tratamento de patologias oculares, exames oftalmológicos ou lubrificação ocular.
- Manter olhos e conjuntivas lubrificadas.
- Dilatação pupilar, anestesia, melhoria dos tecidos oculares irritados, lubrificação ocular em clientes em coma, sedados e inconscientes.

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- Medicamento prescrito
- Conta gotas
- 01 par de luvas de procedimento

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir material;
3. Conferir nome do medicamento, dose, via, horário e prazo de validade;
4. Promover a privacidade do cliente;
5. Explicar o procedimento ao cliente;
6. Higienizar as mãos;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Colocar o cliente sentado ou elevar a cabeceira;
9. Solicitar ao cliente que incline a cabeça para trás;
10. Afastar com os dedos a pálpebra inferior com auxílio de uma gaze;
11. Solicitar ao cliente que olhe para cima;
12. Em aplicação de colírio: Remover o conta-gotas e pingar o número de gotas prescritas, com o cuidado de não tocar na conjuntiva do cliente;
13. Aplicação de pomadas: Aplicar uma fina camada de pomada em toda a extensão do fórnix inferior, sem tocar a ponta da bisnaga na conjuntiva do cliente;
14. Desprezar os materiais descartáveis em local adequado;
15. Desprezar as luvas;
16. Lavar a bandeja com água e sabão, limpar com álcool 70% e colocar em local próprio;
17. Recolher o material;
18. Higienizar as mãos;

19. Checar prescrição médica;

20. Anotar no prontuário item administrado e via de administração;

21. Limpar e organizar o posto de enfermagem.

32 – MEDICAÇÃO VIA ORAL - VO

Definição

Ato de administrar medicamentos com apresentação em cápsulas, drágeas, pastilhas, suspensão, gotas, comprimidos e pós através da boca.

Objetivo

- Obter absorção do medicamento via mucosa gástrica e poupar o cliente de procedimentos invasivos.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- Medicamento prescrito;
- Etiqueta;
- Copo descartável pequeno;
- Água.

Procedimento

1. Reunir material;
2. Higienizar as mãos;
3. Antes de administrar qualquer medicação cheque sempre mentalmente os 9 certos;
4. Identificar os copos com etiqueta contendo nome do cliente, leito, nome do medicamento;
5. Promover a privacidade do cliente;
6. Explicar o procedimento ao cliente;
7. Higienizar as mãos;
8. Colocar o cliente sentado ou elevar a cabeceira;
9. Entregar o copinho com o medicamento e o copo com água ao cliente;
10. Esperar o cliente engolir todos os comprimidos e confirmar a deglutição;
11. Desprezar os materiais descartáveis em local adequado;
12. Lavar a bandeja com água e sabão, limpar com álcool 70% e colocar em local próprio;

13. Recolher o material;
14. Higienizar as mãos;
15. Checar prescrição médica;
16. Anotar no prontuário o item administrado e via de administração;
17. Limpar e organizar o posto de enfermagem.

33 – MEDICAÇÃO VIA RETAL

Definição

Ato de administrar medicamentos através do ânus quando o mesmo é contra indicado por via oral ou quando o fármaco pode ser instável no sistema digestivo.

Objetivo

Favorecer a absorção do medicamento devido à circulação dupla existente na mucosa retal.

Quem faz

Enfermeiro e Técnico de enfermagem

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- Medicamento prescrito
- 01 par de luvas de procedimento
- Biombo
- Saco plástico
- Lençol
- Gaze
- Papel higiênico
- Comadre
- Cadeira de rodas

Procedimento:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir material;
3. Conferir nome do medicamento, dose, via e horário;
4. Promover a privacidade do cliente;
5. Explicar o procedimento ao cliente;
6. Higienizar as mãos;
7. Colocar saco plástico e lençol sob o cliente;
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Colocar o cliente em posição de Sims;
10. Entregar o medicamento ao cliente para que solicitar que o mesmo introduza o medicamento (se houver possibilidade e sob sua orientação) ou separar as nádegas com a mão enluvada e introduzir o medicamento;

11. Auxiliar o cliente a ir ao banheiro ou colocar comadre;

12. Desprezar os materiais descartáveis em local adequado;

13. Desprezar as luvas;

14. Lavar a bandeja com água e sabão, limpar com álcool 70% e colocar em local próprio;

15. Recolher o material;

16. Higienizar as mãos;

17. Checar prescrição médica;

18. Anotar no prontuário o item administrado e via de administração;

19. Limpar e organizar o posto de enfermagem.

34 – MEDICAÇÃO VIA SONDA ENTERAL / GÁSTRICA

Definição

Ato de administrar medicamentos através de uma sonda, quando impossibilitado de deglutir.

Objetivo

- Prestar assistência medicamentosa ao cliente impossibilitado de deglutir.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Água;
- Copo descartável;
- Medicamento prescrito;
- 01 equipo de nutrição enteral;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 seringa de 20 ml;
- Estetoscópio.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Antes de administrar qualquer medicação cheque sempre mentalmente os 9 certos;
3. Separar os medicamentos em copos descartáveis identificando cada um deles;
4. Triturar e diluir os comprimidos em água mineral;
5. Aspirar a solução com seringa e identificá-la;
6. Reunir o material e aproximá-lo do leito do cliente;
7. Explicar ao cliente e familiar o procedimento;
8. Preservar a privacidade do cliente;

9. Solicitar que o cliente fique sentado ou elevar a cabeceira do cliente;

10. Higienizar as mãos;

11. Calçar as luvas de procedimento;

12. Verificar se a sonda está bem locada;

13. Testar a posição correta e a permeabilidade da sonda enteral, aspirando para verificar retorno de resíduo gástrico e / ou auscultar ruídos na região epigástrica ao injetar o ar, utilizando uma seringa de 20 ml;

14. Caso o conteúdo gástrico seja aspirado, é necessário devolvê-lo ao estômago;

15. Abrir a sonda e adaptar a seringa;

16. Injetar lentamente todo o medicamento;

17. Lavar a sonda com 20 ml de água potável após o término da infusão;

18. Deixar a sonda fechada;

19. Checar a prescrição médica e registrar no prontuário item administrado e via de administração.

35 – MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA - SC

Definição

Ato de administrar soluções com absorção lenta no tecido subcutâneo (hipoderme) com volume máximo de 2ml.

Objetivo

- Auxiliar no tratamento de algumas patologias.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- Medicamento prescrito;
- Luva de procedimento;
- 02 bolas de algodão (01 seca e 02 umedecidas com álcool 70%);
- 01 seringa de 1ml;
- 01 agulha 40x12;
- 01 agulha 13x4,5.

Procedimento

1. Reunir material;

2. Higienizar as mãos;

3. Antes de administrar qualquer medicação cheque sempre mentalmente os 9 certos;

4. Promover a privacidade do cliente;

5. Explicar o procedimento ao cliente;

6. Ler atentamente as prescrições médicas, observando nome, dosagem, via de administração e prazo de validade;

7. Higienizar as mãos;

8. Separar a ampola ou frasco - ampola e fazer a limpeza do mesmo com algodão embebido em álcool;

9. Aspirar o medicamento utilizando a seringa de 1 ml e agulha 40x12;

10. Trocar a agulha pela 13x4,5;

11. Higienizar as mãos;

12. Calçar as luvas de procedimento;

13. Expor a área de aplicação e realizar antissepsia com algodão umedecido em álcool 70% em movimentos para baixo;

14. Pinçar o tecido subcutâneo, utilizando o dedo indicador e polegar manter a região firme;

15. Introduzir a agulha com o bisel lateralizado, com a outra mão nesta prega cutânea, perpendicular à pele;

16. Soltar a prega;

17. Aspirar, para certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo. Exceto quando o medicamento for heparina;

18. Injetar lentamente, com a mão oposta a que segura a seringa;

19. Conferir o nome do cliente, medicamento e via de administração;

20. Retirar a agulha com um único movimento, rápido e firme;
21. Observar a reação do cliente;
22. Desprezar os materiais descartáveis em local adequado;
23. Desprezar seringa e agulha em caixa de perfurocortante;
24. Lavar a bandeja com água e sabão, limpar com álcool 70%, e colocar em local próprio;
25. Recolher o material;
26. Retirar as luvas de procedimento;
27. Higienizar as mãos;
28. Checar prescrição médica;
29. Anotar no prontuário o item administrado e via de administração;
30. Limpar e organizar o posto de enfermagem.

Observações

- Rodiziar os locais de aplicação subcutânea a cada aplicação;
- Locais de aplicação:

36 – MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL (SL)

Definição

Via de administração não invasiva, prescrita em situações de necessidade de maior velocidade de absorção do medicamento.

Objetivo

Auxiliar no tratamento utilizando a mucosa oral como via de absorção para efeito mais rápido ou em situações em que o medicamento é inativado pelo suco gástrico.

Material

- Bandeja;
- Copo descartável;
- Medicação prescrita.

Quem faz

Enfermeiro e/ou técnico de enfermagem.

Procedimento:

1. Antes de administrar qualquer medicação cheque sempre mentalmente os 9 certos:
2. Reunir o material em uma bandeja;
3. Higienizar as mãos;
4. Antes de administrar qualquer medicação cheque sempre mentalmente os 9 certos;
5. Colocar o medicamento no copo sem tocá-lo;
6. Entregar o medicamento ao paciente, orientando para colocar sob a língua, não mastigar ou deglutir;
7. Permanecer na presença do usuário até que tenha certeza da absorção da medicação;
8. Descartar o material utilizado, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%;
9. Organizar a sala;
10. Lavar as mãos;
11. Realizar anotação de enfermagem e checagem da administração do medicamento na prescrição médica em FA contendo horário da realização, assinatura e carimbo;
12. Proceder à anotação em ficha de produção.

Observações

- Não se deve oferecer líquidos com a medicação sublingual.

37 – MENSURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL – AFERIÇÃO DE PA

Definição

Ato de mensurar níveis pressóricos através de esfigmomanômetro do tipo aneróide.

Objetivo

- Detectar precocemente desvios de normalidade e indicar variações individuais de níveis pressóricos para conduzir tratamento.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Esfigmomanômetro do tipo aneroide de tamanho adequado à circunferência do braço do cliente;

- Estetoscópio.

Procedimento

01. Explicar ao cliente e familiar o procedimento;

02. Preservar a privacidade do cliente;

03. Higienizar as mãos;

04. Expor o membro a ser aferido, sem garroteá-lo com a roupa, e avaliar o tamanho adequado do manguito. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço e seu comprimento deve envolver pelo menos 80% do braço. Assim a largura do manguito, a ser utilizado, estará na dependência da circunferência do braço do cliente;

05. Reunir o material certificando-se de que o estetoscópio e o esfigmomanômetro estejam íntegros e calibrados;

06. Posicionar o cliente em local calmo e confortável com o braço apoiado ao nível do coração;

07. Localizar a artéria braquial por palpação;

08. Colocar o manguito cerca de 2 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;

09. Posicionar os olhos ao mesmo nível do manômetro;

10. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, obtendo a estimativa do nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente;

11. Higienizar as olivas e a campânula do estetoscópio;

12. Colocar o estetoscópio nos ouvidos com a curvatura voltada para frente;

13. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;

14. Solicitar ao cliente que não fale durante o procedimento;

15. Inflar rapidamente, de 10 mmHg em 10 mmHg, até o nível estimado da pressão arterial detectado através da palpação;

16. Proceder à deflação, com velocidade constante inicial de 2 mmHg a 4 mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto;

17. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som;

18. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som; auscultar cerca de 20 mmHg a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Q*uando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons;*

19. Registrar na F.A fidedignamente o valor da pressão arterial sem arredondamentos, bem como o braço em que foi realizada a mensuração;

20. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;

21. Informar o cliente sobre o valor da pressão arterial e encaminhá-lo para continuidade da assistência e tratamento.

Dimensões recomendadas da bolsa inflável do manguito (“American Heart Association”).

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura da bolsa (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
5 – 7,5	Recém Nascido	3	5
7,5 – 13	Lactente	5	8
13 – 20	Criança	8	13
17 – 24	Adulto Magro	11	17
24 – 32	Adulto	13	24
32 – 42	Adulto Obeso	17	32
42 – 50	Coxa	20	42

Mensuração da Pressão Arterial na coxa

Para a medida da pressão arterial na coxa, o procedimento é o seguinte:

1. Utilizar manguito de tamanho adequado, colocado no terço inferior da coxa;
2. Colocar o paciente em decúbito ventral;
3. Realizar a ausculta na artéria poplítea.

38 – OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

Definição

Consiste na administração de oxigênio através de um cateter em uma concentração de pressão superior à encontrada na atmosfera.

Objetivos

- Corrigir, suprir e /ou atenuar a deficiência de oxigênio;
- Auxiliar no tratamento de algumas patologias.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- 01 cateter nasal
- Chicote
- Umidificador
- Fluxômetro
- Esparadrapo ou fita microporosa
- 01 par luva de procedimento

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir todo material e aproximá-lo do cliente;
3. Explicar ao cliente e familiar o procedimento;
4. Preservar a privacidade do cliente com o biombo;
5. Conectar a chicote ao umidificador;
6. Colocar o cliente em decúbito elevado, se possível;
7. Higienizar as mãos;
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Introduzir o cateter de oxigênio em uma das narinas cliente;
10. Fixar o cateter com esparadrapo ou fita adesiva microporosa;
11. Ajustar a vazão de oxigênio (quantidade de litros por minuto);
12. Avaliar a eficácia da oxigenoterapia observando a evolução do quadro do cliente;
13. Monitorar saturação do cliente;
14. Manter vias aéreas desobstruídas;
15. Recolher o material;
16. Desprezar as luvas;
17. Desprezar os descartáveis em local adequado;
18. Higienizar as mãos;
19. Checar prescrição médica;
20. Anotar no prontuário o procedimento, local de punção, e intercorrências;
21. Limpar e organizar o posto de enfermagem.

39 – OXIGENOTERAPIA POR INALAÇÃO

Definição

Consiste na administração de oxigênio através de uma máscara, numa concentração de pressão superior à encontrada na atmosfera.

Objetivos

- Corrigir, suprir e /ou atenuar a deficiência de oxigênio;
- Auxiliar no tratamento de algumas patologias.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- 01 kit para nebulização (máscara, traqueia e copo);
- Fluxômetro;
- 01 frasco de água destilada;
- Elástico para fixação da máscara.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir material e aproximá-lo do cliente;
3. Explicar ao cliente e familiar o procedimento;
4. Preservar a privacidade do cliente com o biombo;
5. Preencher o frasco do nebulizador com água destilada até o nível indicado;
6. Conectar a traqueia ao umidificador;
7. Colocar o cliente em decúbito elevado, se possível;
8. Higienizar as mãos;
9. Posicionar a máscara no mento e fixá-la com o elástico passando-o por trás das orelhas do cliente;
10. Ajustar a vazão de oxigênio (quantidade de litros por minuto);
11. Avaliar a eficácia da oxigenoterapia observando a evolução do quadro do cliente;
12. Monitorar saturação do cliente;
13. Manter vias aéreas desobstruídas;
14. Recolher o material;

15. Desprezar os descartáveis em local adequado;
16. Higienizar as mãos;
17. Checar prescrição médica;
18. Anotar no prontuário o procedimento e intercorrências;
19. Limpar e organizar o posto de enfermagem.

40 – PASSAGEM DE CATETER VENOSO CENTRAL (ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM)

Definição

Auxiliar o profissional médico durante o procedimento de inserção de um cateter através de um grande vaso.

Objetivo do procedimento

- Repor volume rapidamente;
- Administrar soluções hipertônicas;
- Monitorizar pressão venosa central;
- Obter acesso venoso na impossibilidade de punção venosa periférica.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- 01 mesa auxiliar;
- 01 cateter venoso central conforme solicitação médica;
- 01 kit sutura;
- Gaze estéril;
- 01 par de luvas estéril;
- 02 pares de luvas de procedimento;
- 01 fio mononylon nº 3.0 com agulha atraumática para fixação;
- Fita adesiva microporosa ou esparadrapo;
- 01 frasco anestésico líquido 2% sem vasoconstritor;
- 01 soro fisiológico 0,9% - 250ml;
- 01 agulha 30x7;
- 02 agulhas 40x12;
- 02 máscaras descartáveis;
- 01 gorro descartável;
- Algodão umedecido com álcool a 70%;
- 01 frasco de Clorexidina;
- 01 avental cirúrgico estéril;
- 01 Pacote de campo (1,20 x 1,20);
- 01 campo fenestrado (0,80 x 0,80);
- 01 equipo macrogotas.

Procedimento:

1. Reunir todo material e aproximá-lo do cliente na mesa auxiliar;
2. Higienizar as mãos;
3. Explicar ao cliente e familiar o procedimento;
4. Preservar a privacidade do cliente com o biombo;
5. Higienizar as mãos;
6. Higienizar as mãos;
7. Calçar luvas de procedimento;
8. Realizar tricotomia no local a ser puncionado caso seja necessário;
9. Lavar a região a ser puncionada com Clorexidina;
10. Enxaguar e secar a região;
11. Desprezar as luvas de procedimento;
12. Higienizar as mãos;
13. Posicionar o cliente para punção de veia subclávia ou jugular, lateralizando a cabeça do cliente para o lado oposto a inserção e mantendo decúbito dorsal horizontal;
14. Orientar o cliente quanto à importância de não se mexer durante o procedimento;
15. Fornecer máscara cirúrgica para o médico;
16. Colocar máscara cirúrgica;
17. Abrir, com técnica asséptica, o cateter venoso central, o kit sutura, gazes, seringas, agulhas e fio;

18. Fornecer as luvas estéreis ao médico após este estar paramentado;
19. Fornecer PVPI alcoólico para o médico realizar a antissepsia da pele do cliente;
20. Adaptar o equipo ao SF 0,9% 250ml;
21. Realizar a desinfecção da ampola do anestésico com algodão umedecido em álcool;
22. Abrir a ampola do anestésico;
23. Conectar o equipo ao cateter quando ocorrer o retorno venoso;
24. Testar o retorno venoso posicionando o frasco de SF abaixo do nível do cliente;
25. Elevar a cabeceira do cliente;
26. Realizar curativo oclusivo do cateter;
27. Deixar o cliente em posição confortável;
28. Reunir o material e encaminhá-lo ao expurgo;
29. Desprezar as luvas;
30. Higienizar as mãos;
31. Organizar a unidade;
32. Anotar na F.A. o procedimento e possíveis intercorrências.

41 – PREPARO DO CORPO PÓS-MORTE

Definição

Preparo feito no corpo após a constatação do óbito, caso não haja necessidade de seguir para o Serviço de Verificação de Óbito.

Objetivos

- Manter o corpo livre de odores, evitando o extravasamento de secreções, excreções e exsudatos;
- Posicionar o corpo de forma anatômica antes da rigidez;
- Vestir o corpo.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Ataduras;
- Algodão;
- Gaze não estéril;
- Esparadrapo;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 pinça Cheron;
- Avental de manga longa descartável;
- 01 lençol branco;
- Roupas do cliente.

Procedimento

1. Preservar a privacidade do local e do corpo;
2. Explicar o procedimento à família;
3. Reunir o material e levá-lo para o necrotério;
4. Higienizar as mãos;
5. Colocar o avental e calçar as luvas;
6. Encaminhar o corpo ao necrotério e colocá-lo em posição dorsal na maca ou pedra;
7. Retirar sondas, drenos, cateteres, tubo traqueal e ocluir com gaze e esparadrapo, se necessário;
8. Higienizar o corpo, se necessário;
9. Tamponar nariz, orofaringe, região anal e vaginal e garrotear região peniana com gaze;
10. Vestir o corpo;
11. Imobilizar a mandíbula, pés e mãos utilizando ataduras;
12. Cobrir o corpo com lençol;
13. Realizar a identificação do corpo (Nome Completo sem abreviações, data de nascimento e data do óbito);
14. Fixar identificação na altura do tórax, direto na pele e sobre a cobertura;
15. Desprezar as luvas de procedimento e o avental;
16. Higienizar as mãos;
17. Anotar no prontuário o procedimento e outros dados de interesse.

Observações

- Se o cliente fizer uso de prótese dentária e a família não solicitar a mesma, colocá-la imediatamente;

- Manter as pálpebras fechadas, fazendo compressão utilizando fita adesiva;

- O corpo não deverá ser tamponado quando: houver restrição religiosa (judaica), for embalsamado ou houver necessidade de necropsia;

- Retirar relógio, anéis e adornos, fazer um rol e entregar à família.

42 – PUNÇÃO ARTERIAL

Definição

Consiste na introdução de agulha na artéria.

Objetivo

Colher amostra de sangue arterial para análise gasométrica e / ou outros exames laboratoriais.

Quem faz

Enfermeiro.

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- 01 seringa para coleta de gasometria arterial;
- 01 seringa de 10 ml ou 20 ml se necessidade de outros exames laboratoriais;
- Scalp n° 23 ou 25;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão umedecido com álcool 70% e algodão seco;
- Fita microporosa ou esparadrapo para fixação;
- Gaze.

Procedimento

1. Reunir material;
2. Higienizar as mãos;
3. Explicar o procedimento ao cliente e acompanhante;
4. Manter o cliente em posição confortável;
5. Posicionar o membro superior a ser puncionado de forma confortável;
6. Expor a área a ser puncionada;
7. Abrir o material;
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Palpar e firmar a artéria;
10. Realizar o teste de Allen;
11. Selecionar a artéria a ser puncionada;
12. Fazer antissepsia do local a ser puncionado, numa única direção (do local a ser puncionado para cima) e uma só vez cada face do algodão umedecido com álcool 70%;
13. Perfurar a artéria inserindo a agulha perpendicular à pele;

14. Aspirar de 3 ml de sangue para gasometria arterial;

15. Retirar a seringa e introduzir outra, se necessário coleta de outros exames laboratoriais;

16. Retirar a agulha comprimindo a artéria com algodão por no mínimo 5 a 10 minutos (caso o cliente tenha distúrbios de coagulação, comprimir por mais tempo);

17. Substituir o algodão por gaze e fixar com fita microporosa ou esparadrapo;

18. Homogeneizar o sangue com o anticoagulante da seringa, girando-a entre as mãos;

19. Recolher o material e desprezar perfurocortante em caixa própria;

20. Desprezar as luvas de procedimento;

21. Higienizar as mãos;

22. Identificar a seringa com etiqueta do laboratório;

23. Anotar no prontuário o procedimento, local de punção, e intercorrências.

Observações

- A punção arterial é de responsabilidade exclusiva do Enfermeiro;
- Locais para a punção em ordem de preferência: artérias radiais após teste de allen. As artérias femorais somente devem ser puncionadas diante da impossibilidade das anteriores, considerando-se a maior incidência de complicações como abscessos, fístulas arteriovenosas, etc;
- Na ausência de kit para punção arterial, utilizar seringa estéril 3ml com scalp n° 23 ou 25 e previamente heparinizados.

43 – PUNÇÃO VENOSOSA PERIFÉRICA

Definição

Consiste na introdução de um cateter venoso na luz de uma veia superficial, de preferência de grande calibre.

Objetivo

- Proporcionar acesso venoso para a administração de drogas ou reposição de volume e hemoderivados.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

Colocar em uma bandeja:

- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão umedecido com álcool 70%;
- Fita microporosa ou esparadrapo para fixação;
- Dispositivo intravenoso escolhido (dispositivo intravenoso, cateter venoso);
- Garrote.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Explicar o procedimento ao cliente e acompanhante;
3. Manter o cliente em posição confortável;
4. Inspecionar rede venosa (distal para proximal);
5. Escolher o dispositivo intravenoso a ser utilizado;
6. Reunir material;
7. Posicionar o membro superior a ser puncionado de forma confortável;
8. Abrir o material;
9. Calçar as luvas de procedimento em ambas as mãos;
10. Colocar o garrote aproximadamente 5cm acima do local a ser puncionado, se necessário solicite ao cliente que abra e feche a mão várias vezes e depois conserve-a fechada, a fim de melhorar o retorno venoso;
11. Fazer antissepsia do local a ser puncionado, numa única direção (do local a ser puncionado para cima) e uma só vez a cada face do algodão umedecido com álcool 70%;
12. Retirar o protetor da agulha do dispositivo;
13. Tracionar a pele com o indicador ou o polegar da mão não-dominante;
14. Perfurar a pele e os tecidos subjacentes em ângulo de 15° em direção à veia;
15. Introduzir lentamente o dispositivo na veia;
16. Observar retorno venoso;
17. Soltar o garrote;
18. Retirar o mandril no caso de cateter venoso;
19. Conectar o equipo ao dispositivo;

20. Proceder à fixação com fita microporosa ou esparadrapo;
21. Observar a infusão do medicamento e avaliar rede venosa;
22. Recolher o material;
23. Desprezar as luvas de procedimento;
24. Desprezar o mandril em caixa de perfurocortante;
25. Datar a punção na fita microporosa ou esparadrapo;
26. Realizar a desinfecção do garrote com algodão em álcool 70%;
27. Higienizar as mãos;
28. Anotar no prontuário o procedimento, material utilizado e intercorrências;
29. Limpar e organizar o posto de enfermagem.

Observações

- Na situação de punção venosa sem sucesso, NUNCA inserir o mesmo cateter;
- Para clientes em observação SEMPRE puncionar com cateter venoso;
- Evitar punção venosa em MMII e articulações;
- Na presença de sinais flogísticos (edema, calor, rubor e dor) no local da inserção RETIRAR O ACESSO;
- Ao avaliar a rede venosa, definir o dispositivo e calibre adequados.

44 – REMOÇÃO

Definição

Ato de transportar o cliente na unidade para realizar avaliação de especialidade médica, exames acompanhados por funcionário.

Objetivo

- Realizar transporte seguro dos clientes para a realização de exames.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Materiais

- Prontuário médico;
- Maca ou cadeira de transporte;
- Lençol;
- Cobertor;
- Solicitação do exame.

Procedimento

1. Conferir o local do exame ou avaliação;
2. Explicar o procedimento ao cliente e acompanhante;
3. Reunir o prontuário do cliente;
4. Aproximar a maca ou cadeira de transporte do leito caso o cliente não deambule ou tenha dificuldade para tal;
5. Encaminhar o cliente e acompanhante até o local da avaliação ou exame;
6. Acompanhar o cliente até o final da consulta ou exame;

7. Acomodar o cliente no leito após retorno à unidade;

8. Checar a prescrição médica e registrar procedimento e possíveis intercorrências em prontuário.

45 – RESTRIÇÃO MECÂNICA NO LEITO

Definição

Ato de restringir o cliente no leito mecanicamente.

Objetivo

- Prevenir quedas e retirada de equipamentos pelo cliente que se apresente com alteração do nível de consciência com agitação psicomotora.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Material

- Faixa de Contenção;
- Lençóis;
- Prescrição médica.

Procedimento

1. Reúna 5 pessoas da equipe, capacitada para o procedimento;

2. Higienize as mãos, calce luvas de procedimento

3. Reunir o material;

4. Explicar o procedimento ao cliente e acompanhante, caso o acompanhante não autorize o procedimento comunicar ao Enfermeiro;

5. Proceder a restrição no leito dos segmentos corporais na seguinte ordem:

✓ Tórax, punho e tornozelos,

✓ Se necessário realize contenção torácica. Na contenção torácica: colocar faixa no homem acima do diafragma na linha mamilar e nas mulheres na linha infra mamária sem que atinja o diafragma e jamais sobre as mamas. Nunca colocar faixa de contenção nas axilas, evitando assim a compressão do plexo braquial.

✓ Contenha os MMSS e MMII: Restringir com contenção própria

6. Deixar o cliente em posição confortável (utilizando travesseiros, coxins, etc);

7. Retire a luva de procedimento;

8. Higienize as mãos;

9. Monitore o paciente após tranquilização do mesmo, a cada 15 minutos na primeira hora, 30 minutos na segunda hora, e posteriormente a cada hora e registre;

10. Avalie e registre a perfusão periférica; movimentos respiratórios, integridade da pele, sinais vitais, estado de consciência e justifique a continuidade da contenção;

11. Anotar em prontuário o procedimento realizado, o decúbito posicionado e intercorrências;

12. Checar a prescrição médica.

Observações

• Afrouxar a restrição em casos de edema, lesão e palidez;

• Não realizar contenção com atadura de crepe;

• Retirar a restrição uma vez ao dia (banho) e proceder à limpeza e massagem de conforto no local.

46 – SONDAGEM ENTERAL

Definição

Introdução de uma sonda enteral de poliuretano ou silicone de pequeno diâmetro com uma cápsula de peso em sua posição distal, através da narina até o estômago ou duodeno.

Objetivo

- Promover via de suporte nutricional bem como para administração de medicamentos.

Quem faz

Enfermeiro.

Materiail

Colocar em uma bandeja:

- Sonda enteral com fio guia;
- Lubrificante (gel anestésico);
- 01 pacote de gaze;

- 01 seringa de 20ml;
- 02 bolinhas de algodão;
- Álcool a 70%;
- Estetoscópio;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Fita adesiva (esparadrapo ou micropore);
- Tesoura.

Procedimento

1.Explicar ao cliente e familiar o procedimento;

2.Preservar a privacidade do cliente;

3.Higienizar as mãos;

4.Reunir o material;

5. Inspecionar as narinas quanto à presença de obstrução e fratura, com o objetivo de determinar qual é a mais adequada;

6.Dispor de materiais em mesa de apoio, posicionando-a próximo ao cliente;

7.Posicionar o cliente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada;

8.Proteger o tórax do cliente;

9.Higienizar as mãos;

10. Calçar luvas de procedimento;

11. Limpar a cavidade nasal;

12. Remover a oleosidade da pele do nariz usando álcool a 70%;

13. Verificar se a sonda está íntegra;

14. Medir a sonda da seguinte forma:

✓ Descontar o peso localizado na ponta da sonda, medir da ponta do nariz até o lóbulo da orelha e descer com a sonda até a altura do apêndice xifóide, acrescentar de 10 a 15 cm e marcar com fita adesiva.

15. Enrolar a sonda na mão dominante deixando livre aproximadamente 10 cm da extremidade;

16. Pedir auxílio para colocar o lubrificante no dorso da mão não dominante;

17. Lubrificar os 10 cm da extremidade da sonda;

18. Fletir a cabeça para frente, liberando assim, a passagem orofaríngea e facilitando a introdução da sonda até o estômago;

19. Introduzir a sonda no interior da narina selecionada e avançar delicadamente, quando a sonda passar pela orofaringe, fazer uma pausa para diminuir a possibilidade de vômito;

20. Examinar a orofaringe para certificar-se de que a sonda não se encontra enrolada;

21. Se possível, solicitar que o cliente faça movimentos de deglutição para facilitar a introdução da sonda até a faringe;

22. Observar se há presença de sinais que possam indicar que a sonda foi introduzida nas vias aéreas, como cianose, dispneia ou tosse, caso o cliente apresente esses sinais, interromper o procedimento, retirar a sonda e começar novamente;

23. Avançar a sonda delicadamente até a marca pré-determinada;

24. Retirar o fio guia;

25. Fixar a sonda ao nariz utilizando fita adesiva microporosa;

26. Conectar a seringa de 20 mL na ponta da sonda e posicionar a campânula do estetoscópio na região epigástrica e introduzir, de forma rápida, 20 mL de ar para auscultar o som da entrada do ar no estômago;

27. Limpar as narinas do cliente, removendo o excesso de lubrificante;

28. Recolher o material;

29. Desprezar as luvas e os materiais descartáveis;

30. Higienizar as mãos;

31. Aguardar 3 horas e encaminhar o cliente com o pedido médico para realizar raio X tóraco-abdominal, para visualizar o posicionamento correto da sonda;

32. Após confirmação do médico;

33. Checar e carimbar o procedimento na F.A do cliente e registrar intercorrências.

Observações

- Não reintroduzir o fio guia para reposicionar a sonda nasoenteral;
- A dieta só poderá ser iniciada após a realização de RX e confirmação do adequado posicionamento da sonda.

47- UTILIZAÇÃO DO REANIMADOR - MANUAL COM AMBU

DEFINIÇÃO: Manobra realizada de forma manual, por meio de uma bolsa de ressucitação, tipo AMBU, acoplada ao paciente por meio do tubo endotraqueal ou traqueostomia. Consiste de inspirações lentas e profundas consecutivas, ofertando um volume pelo menos 50% maior do que o ajustado no ventilador mecânico, seguidas de pausa inspiratória em torno de 2 segundos e rápida liberação da compressão do ambu, associado ou não à compressão torácica, promovendo aumento do fluxo expiratório. Um volume de oxigênio puro é liberado a cada compressão da bolsa.

OBJETIVO: Promover o deslocamento de secreções brônquicas por meio do aumento do volume inspiratório, o qual origina um maior fluxo expiratório**;** Favorecer o deslocamento de secreção brônquica para vias aéreas centrais, melhorando a ventilação pulmonar e oxigenação; prevenir o colapso pulmonar; reexpandir segmentos pulmonares atelectasiados.

INDICAÇÕES: Desobstrução e reexpansão pulmonar em pacientes com via aérea artificial, com atelectasia, "plugs" de secreção brônquica e excesso de secreção brônquica.

ABRANGÊNCIA: UTI adulto.

MATERIAIS:

Bolsa de ressucitação (Ambu);

Reservatório de oxigênio;

Fonte de oxigênio;

Fluxômetro;

Umidificador de O_2;

Água destilada;

Intermediário de O_2;

Luva de procedimento

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. Lavar as mãos;
2. Utilizar EPI´s;
3. Calçar as luvas de procedimento;
4. Explicar o procedimento ao paciente;
5. Posicionar o paciente na posição de sedestação
6. Realizar a ausculta pulmonar e monitorizar os sinais vitais;
7. Testar a bolsa de ressucitação (ambu);

8. Testar a rede de oxigênio;

9. Preencher frasco de umidificador com água destilada;

10. Adaptar o fluxômetro e umidificador (água destilada) à rede de O2,

11. Conectar o reservatório de O_2 à bolsa de ressuscitação (ambu);

12. Adaptar o oxigênio (umidificador) ao ambu, por meio do intermediário de O_2;

13. Ligar o fluxômetro;

14. Desconectar o paciente do ventilador mecânico e conectar o ambu à TQT ou TOT;

15. Realizar insuflações lentas por meio de compressões com uma ou dias mãos na bolsa de ressuscitação (ambu), seguida de pausa inspiratória;

16. Realizar rápida liberação do fluxo expiratório, por meio da descompressão da bolsa de ressuscitação (ambu), associada ou não à vibração torácica.

17. Repetir as insuflações e liberação do fluxo, quantas vezes for necessário;

18. Realizar aspiração (conforme POP Fisioterapia UTI 011) da TQT ou TOT, caso necessário;

19. Conectar o paciente à ventilação mecânica.

20. Realizar a ausculta pulmonar final e monitorizar os sinais vitais finais.

OBSERVAÇÕES: Repetir a manobra conforme a necessidade do paciente. Observar sinais vitais durante a manobra, atentar para instabilidade hemodinâmica, barotrauma e hipoxemia.

SIGLAS:

TOT: tubo orotraqueal; TQT: traqueostomia;

EPI´s: equipamentos de proteção individual; O_2: oxigênio

PERIODICIDADE: Sempre que necessário, após avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CASALI, C.C.C. e MATOS, C.M.P. **Técnicas de Fisioterapia Respiratória em Terapia Intensiva. Ciclo, módulo 2. PROFISIO. Programa de Atualização em Fisioterapia em terapia intensiva adulto**. Artmed: Porto Alegre/RS, 2010.

CHOI, J.S.P.; JONES, A.Y.M. Effects of manual hyperinflation and suctioning on respiratory mechanics in mechanically ventilated patients with ventilated-associated pneumonia. **Australian Journal of Physiotherapy**. 2005; 51: 25-30.

SARMENTO, G.J.V. **Fisioterapia respiratória no paciente crítico: Rotinas clínicas**. São Paulo:Manole, 2005.

VEGA, J.M; LUQUE, A.; SARMENTO, G.J.V, MODERNO, L.F.O. **Tratado de Fisioterapia Hospitalar: Assistência integral ao paciente**. São Paulo: Atheneu, 2012.

48 - MANUSEIO DA SONDAGEM NASOGÁSTRICA

Definição

Sondagem nasogástrica é o processo de introdução de sonda através do orifício nasal até a cavidade gástrica. Esse procedimento é utilizado para remoção do conteúdo gástrico, coleta de material para exame, alívio das distensões abdominais e introdução de alimentos e drogas no estômago. A sonda nasoenteral, por sua vez, vai até o intestino.

Objetivo

- Drenar conteúdo gástrico;
- Realizar lavagem gástrica;
- Administrar medicamentos.

Quem faz

Enfermeiro (Segundo a Resolução Cofen nº453/2014 que, Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional

Materiais

Colocar em uma bandeja

- Sonda Gástrica;
- Lubrificante (gel anestésico);
- 01 pacote de gaze não-estéril;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 seringa de 20ml
- Gaze não estéril;
- Algodão umedecido com álcool a 70%;
- Estetoscópio;
- Coletor sistema aberto (caso a finalidade seja drenagem);
- 01 par de luvas de procedimento;
- Fita adesiva (esparadrapo e micropore);

- Tesoura.

Procedimento

1. Explicar ao cliente e familiar o procedimento;
2. Preservar a privacidade do cliente com biombo;
3. Higienizar as mãos;
4. Reunir o material;
5. Inspecionar as narinas quanto à presença de obstrução e fratura, com o objetivo de determinar qual é a mais adequada;
6. Dispor de materiais em mesa de apoio, posicionando-a próximo ao cliente;
7. Posicionar o cliente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada;
8. Proteger o tórax do cliente;
9. Higienizar as mãos;
10. Calçar luvas de procedimento;
11. Limpar a cavidade nasal ou orientar o cliente a fazê-la;
12. Verificar se a sonda está íntegra;
13. Medir a sonda da seguinte forma;
14. Ponta do nariz até o lóbulo da orelha e descer com a sonda até a altura do apêndice xifoide e marcar com fita adesiva;
15. Enrolar a sonda na mão dominante deixando livre aproximadamente 10 cm da extremidade;
16. Pedir auxílio para colocar o lubrificante no dorso da mão não dominante;
17. Lubrificar os 10 cm da extremidade da sonda;

18. Fletir a cabeça para frente, liberando assim, a passagem orofaríngea e facilitando a introdução da sonda até o estômago;

19. Introduzir a sonda no interior da narina selecionada e avançar delicadamente, quando a sonda passar pela orofaringe, fazer uma pausa para diminuir a possibilidade de vômito;

20. Examinar a orofaringe para certificar-se de que a sonda não se encontra enrolada;

21. Se possível, solicitar que o cliente faça movimentos de deglutição para facilitar a introdução da sonda até a faringe;

22. Observar se há presença de sinais que possam indicar que a sonda foi introduzida nas vias aéreas, como cianose, dispneia ou tosse, caso o cliente apresente esses sinais, interromper o procedimento, retirar a sonda e começar novamente;

23. Avançar a sonda delicadamente até a marca pré-determinada;

24. Fixar a sonda ao nariz utilizando fita adesiva, com o cuidado de não tracionar a narina;

25. Conectar a seringa de 20mL na ponta da sonda e posicionar a campânula do estetoscópio na região epigástrica e introduzir, de forma rápida, 20mL de ar para auscultar o som da entrada do ar no estômago ou aspirar o conteúdo gástrico e devolvê-lo;

26. Em caso de drenagem, conectar a sonda no coletor e mantê-lo abaixo do nível do estômago para facilitar a drenagem;

27. Limpar as narinas do cliente, removendo o excesso de lubrificante;

28. Recolher o material;

29. Desprezar as luvas e os materiais descartáveis;

30. Higienizar as mãos;

31. Checar e carimbar o procedimento no prontuário ou F.A. do cliente e registrar intercorrências.

Observação

- Em crianças e trauma de face introduzir a sonda através da cavidade oral, sempre após avaliação e conduta do enfermeiro e / ou médico.

49 – TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

Definição

Reposição de líquidos e eletrólitos, através de solução composta de glicose, sódio, citrato e potássio em forma de pó.

Objetivo

- Prevenção da desidratação e dos agravos decorrentes.

Materiais

- Envelope de Solução de Reidratação Oral – SRO;
- Água filtrada ou fervida (fria);
- Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa);
- Copo descartável;
- Colher de plástico de cabo longo;
- Colher de sopa ou de chá.

Quem faz

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Procedimento

1. Higienizar as mãos;

2. Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água filtrada ou fervida (fria), conforme prescrição médica;

3. Ofertar a SRO, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda a vez que a criança evacuar;

4. Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar a oferta de SRO, porém de forma mais lenta;

5. Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, boca seca (ausência de saliva), ausência de lagrima e presença do sinal da prega (a pele retorna lentamente ao estado anterior);

6. O Enfermeiro deverá reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação a cada 30 minutos;

7. Realizar registro das condições clínicas do usuário após início da TRO;

REFERÊNCIAS

- SMELTZER SC, BARE BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, vol I e II. 2.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed., 2016.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras Microbactérias. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

- BRUNNER E SUDDARTH. Enfermagem Médica Cirúrgica. Trat. Smeltzer, S. C; Bare, BG.8. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p.1028-29.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Nº 0557/2017, normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html.

- Http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf.

- Https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/uso-seguro-medicamentos.pdf.

- PORTARIA Nº 816, DE 31 DE MAIO DE 2005.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

- Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: fundamentos de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed. rev., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

- Resolução COFEN Nº 557/2017.

- STACCIARINI, T.S.G. CUNHA.M.H.R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu,2014.

- TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em:

http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195.

- Técnicas para coleta de sangue. Brasília: Ministério da Saúde, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. 1997. 63 p. II.
- VOLPATO, A.C.B., et al. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007.
- WILKINS RL.; STOLLER JK; KACMAREK RM. Egan. Fundamentos da terapia respiratória. ELSEVIER BRASIL, 2011.

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO FISIOTERAPEUTICA

ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL – SISTEMA ABERTO

DEFINIÇÃO: Técnica utilizada para remoção de secreções das vias aéreas artificiais (tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia) mediante a utilização de uma sonda conectada a um gerador de pressão negativa.

OBJETIVO: Remover secreções traqueais.

INDICAÇÕES: Presença de ruídos pulmonares durante a ausculta pulmonar; aumento das pressões de pico inspiratórias durante a VM em volume controlado; redução do volume corrente durante a VM controlado à pressão; secreções visíveis na via aérea artificial; alterações na monitorização dos gráficos de pressão e fluxo; presença de esforço respiratório e/ou assincronia durante a ventilação assistida; deteriorização dos valores da gasometria arterial; alterações radiológicas compatíveis com acúmulo de secreções; coleta de secreções.

ABRANGÊNCIA: Enfermarias clínicas e cirúrgicas, emergência e UTI adulto.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. Lavar as mãos;
2. Verificar se todos os materiais necessários estão à beira leito, se não, levar até o leito do paciente;
3. Utilizar EPI´s;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Posicionar o paciente com cabeceira elevada à 30º - 45º;
6. Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
7. Abrir e testar o funcionamento do sistema de aspiração;
8. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador (mantendo-a dentro do invólucro);
9. Setar no ventilador mecânico a FIO_2 a 100 % ou modo aspiração (se disponível) com o objetivo de elevar o conteúdo arterial de O_2 antes do procedimento;
10. sligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente;
11. . Calçar as luvas limpas ou estéreis na mão dominante por cima da luva de procedimento;
12. . Retirar a sonda do pacote com a mão dominante;
13. . Desconectar a traquéia do respirador com a mão não dominante ou solicitar a outra pessoa para desconectar (deixar a extremidade distal suspensa – sem contato com o paciente ou roupas de cama do mesmo);
14. . Pinçar o intermediário do vácuo ou a sonda de aspiração;
15. . Avisar ao paciente que irá iniciar o procedimento;
16. . Introduzir a sonda de aspiração no tubo orotraqueal ou nasotraqueal ou traqueostomia, quando perceber uma resistência (carina) elevá-la 1 ou 2 cm e então liberar o vácuo de aspiração, realizar movimentos lentos de vai e vem e retirar lentamente a sonda. Não ultrapassar 10 segundos devido ao risco de hipoxemia;
17. . Conectar a traquéia do ventilador novamente;
18. . Repetir o procedimento, quantas vezes for necessário;
19. . Aspirar as vias aéreas superiores, primeiro introduzir a sonda pinçada na cavidade nasal, liberar o vácuo e aspirar; na sequência introduzir a sonda pinçada na cavidade oral, liberar o vácuo e aspirar;
20. . Enrolar a sonda de aspiração na mão e retirar a luva de modo que a sonda fica dentro da luva;
21. . Desprezá-las no lixo;
22. . Lavar o intermediário de aspiração com um frasco de 10 ou 20 ml de água estéril;
23. . Desligar o sistema de vácuo e proteger sua ponta;
24. . Realizar a ausculta pulmonar;
25. . Organizar o leito do paciente;

26. . Retirar as luvas;
27. . Lavar as mãos;
28. . Evoluir no prontuário aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

OBSERVAÇÕES:

. Monitorizar os sinais vitais, SpO_2 e sinais de desconforto respiratório antes, durante e após o procedimento;

. Certificar que a FiO_2 no VM retornou ao valor anterior;

. Não recomenda-se injetar soro fisiológico ou água destilada pelo tubo ou traqueostomia e ambuzar o paciente, pelo possível deslocamento de bactérias presentes no biofilme da VA artificial para trato respiratório inferior. Se necessário, recomenda-se a instilação de 2 ml de solução seguida de aspiração com o objetivo de facilitar a introdução da sonda, estimular a tosse e ajudar na remoção de secreções espessas ou "rolhas";

. Não limpar a sonda entre as aspirações com líquidos colocados em recipiente não estéril (copinhos ou frascos) caso a sonda suja trocá-la;

. O tamanho da sonda de aspiração deve ser a de menor diâmetro possível para uma sucção adequada, recomenda-se utilizar a seguinte formula para escolher o tamanho ideal: N° da sonda=(n° do TOT/TQT - 2)x2;

. Recomenda-se o ajuste da pressão de vácuo em 80-120 mmHg;

. Não é obrigatória a técnica asséptica, apesar de recomendada;

. Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (podendo ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada);

. Não manter nova sonda de aspiração conectada ao látex;

. Realizar o procedimento após a fisioterapia respiratória e/ou sempre que houver sinais de acúmulo de secreções;

. Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade esvaziá-la

. Intermediários devem ser trocados somente na saída do paciente ou quando o intermediário apresentar secreções que não saem com facilidade durante a limpeza com água ou solução fisiológica;

. É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, baixar a cabeceira para realizar procedimentos;

. No caso de aspirar pacientes com TQT sem suporte ventilatório, repetir o procedimento com exceção das etapas 9, 10, 13 e 17. Nesta situação, afastar o dispositivo de oxigenoterapia, se presente antes de aspirar.

SIGLAS UTILIZADAS:

EPI´S – equipamentos de proteção individual FiO_2 – fração inspirada de oxigênio

mmHg- milímetros de mercúrio N° - número

O_2 – oxigênio

SpO_2 – saturação periférica de oxigênio TOT – tubo orotraqueal

TQT - traqueostomia

VM – ventilador mecânico

PERIODOCIDADE: Sempre que houver sinais de acúmulo de secreções.

OBSERVAÇÕES: Necessita de equipe treinada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASALI, C.C; MATOS, C.M.P. Técnicas de fisioterapia em terapia intensiva. In: **PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto**. Ciclo 1. Volume 2. Editora Artmed, 2010.

COSTA, R.P. Técnicas e recursos para remoção de secreção brônquica. In: SARMENTO, G.J.V. **Fisioterapia respiratória no paciente critico: Rotinas Clínicas**. Editora Manole, 2005.

GUIMARÃES, F.S; FIGUEREDO, P.H.S; LEMES, D.A; MENEZES, S.L.S. Técnicas de remoção de secreção em pacientes ventilados artificialmente. In: **PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto**. Ciclo 2. Volume 4. Editora Artmed, 2012.

KLEIN, T.C.R; GULINI, J.e.M.B, MASYKAWA, I. **Protocolo**: **aspiração de secreções respiratórias – endotraqueais** - **sistema aberto, maio 2010.**

ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL- SISTEMA FECHADO

DEFINIÇÃO: Técnica utilizada para remoção de secreções das vias aéreas artificiais (tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia) mediante a utilização de sistema de aspiração fechado conectado a um gerador de pressão negativa.

OBJETIVO: Remover secreções traqueais de pacientes mecanicamente ventilados que não devem ser desconectados do VM, sendo assim: quando o PEEP estiver acima de 10 e/ou FiO_2 maior ou igual a 60%; paciente com precaução por aerosóis (tuberculose, varicela, sarampo, H_1N_1; pacientes soropositivos para HIV e hepatite por vírus C; pacientes com sangramento pulmonar ativo e excesso de secreções nas vias aéreas.

INDICAÇÕES: Presença de ruídos pulmonares durante a ausculta pulmonar; aumento das pressões de pico inspiratórias durante a VM em volume controlado; redução do volume corrente durante a VM controlado à pressão; secreções visíveis na via aérea artificial; alterações na monitorização dos gráficos de pressão e fluxo; presença de esforço respiratório e/ou assincronia

durante a ventilação assistida; deteriorização dos valores da gasometria arterial; alterações radiológicas compatíveis com acúmulo de secreções; coleta de secreções.

ABRANGÊNCIA: Enfermarias clínicas e cirúrgicas, emergência e UTI adulto.

MATERIAIS:

. Sistema de vácuo;

. Aspirador de secreções;

. Intermediário de aspiração (látex);

. Sistema de aspiração fechado n° 14 ou 16;

. Seringa de 20 ml;

. Água destilada ou solução fisiológica;

. Gaze;

. Luvas de procedimento;

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. Lavar as mãos;
2. Verificar se todos os materiais necessários estão à beira leito, se não, levar até o leito do paciente;
3. Utilizar EPI´s;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Posicionar o paciente com cabeceira elevada à 30º - 45º;
6. Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
7. Aspirar água estéril ou soro fisiológico em uma seringa de 20 ml;
8. Abrir e testar o funcionamento do sistema de aspiração;
9. Setar no ventilador mecânico a FIO_2 a 100 % ou modo aspiração (se disponível) com o objetivo de elevar o conteúdo arterial de O_2 antes do procedimento;

10. Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente;
11. Conectar a ponta do sistema de aspiração fechado ao látex de aspiração;
12. Girar a trava de segurança do sistema de aspiração fechado para abrir o sistema de vácuo;
13. Introduzir a sonda do sistema de aspiração no tubo orotraqueal ou nasotraqueal ou traqueostomia, quando perceber uma resistência (carina) elevá-la 1 ou 2 cm e então liberar o vácuo de aspiração apertando o clampe do sistema, realizar movimentos lentos de vai e vem e retirar lentamente a sonda. Não ultrapassar 10 segundos devido ao risco de hipoxemia;
14. . Adaptar a seringa de 20 ml (com água ou solução fisiológica) no local recomendado;
15. . Lavar a sonda do sistema injetando a água destilada ou solução fisiológica e sugando ao mesmo tempo, entre as aspirações e ao final do procedimento;
16. . Realizar o procedimento, quantas vezes for necessário;
17. . Desconectar a seringa e mantê-la protegida em seu invólucro estéril;
18. . Travar a válvula de segurança do sistema de aspiração fechado;
19. . Desconectar o vácuo do sistema de aspiração fechado;
20. . Colocar a tampa protetora do sistema de aspiração fechado;
21. . Conectar o intermediário de aspiração à uma sonda de aspiração n° 8 , 10 ou 12 e aspirar as vias aéreas superiores, primeiro introduzir a sonda pinçada na cavidade nasal, liberar o vácuo e aspirar; na sequência introduzir a sonda pinçada na cavidade oral, liberar o vácuo e aspirar;
22. . Lavar o intermediário de aspiração com um frasco de 10 ou 20 ml de água estéril;
23. . Desligar o sistema de vácuo e proteger sua ponta;
24. . Realizar a ausculta pulmonar;
25. . Organizar o leito do paciente;
26. . Retirar as luvas e jogá-las no lixo;
27. . Lavar as mãos;
28. . Evoluir no prontuário aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

OBSERVAÇÕES:

. Monitorizar os sinais vitais, SpO_2 e sinais de desconforto respiratório antes, durante e após o procedimento;

. Certificar que a FiO_2 no VM retornou ao valor anterior;

. Não recomenda-se injetar soro fisiológico ou água destilada pelo tubo ou traqueostomia do paciente, pelo possível deslocamento de bactérias presentes no biofilme da VA artificial para

trato respiratório inferior. Se necessário, recomenda-se a instilação de 2 ml de solução adaptando uma seringa de 20 ml no local determinado para este procedimento, em seguida aspira-se.

. O tamanho da sonda do sistema de aspiração deve ser a de menor diâmetro possível para uma sucção adequada, recomenda-se utilizar a seguinte formula para escolher o tamanho ideal: N° da sonda=(n° do

TOT/TQT -2)x2;

. Recomenda-se o ajuste da pressão de vácuo em 80-120 mmHg;

. Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (podendo ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada);

Não manter nova sonda de aspiração conectada ao látex;

. Realizar o procedimento após a fisioterapia respiratória e/ou sempre que houver sinais de acúmulo de secreções;

. Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade esvaziá-lo antes do procedimento;

. Intermediários devem ser trocados somente na saída do paciente ou quando o intermediário apresentar secreções que não saem com facilidade durante a limpeza com água ou solução fisiológica;

. É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, baixar a cabeceira para realizar procedimentos;

. Não há tempo estabelecido para a troca do sistema fechado, substituir por mau funcionamento.

SIGLAS UTILIZADAS:

EPI´S – equipamentos de proteção individual Filtro HME – filtro trocador de calor e umidade FiO_2 – fração inspirada de oxigênio

O_2 – oxigênio

mmHg- milímetros de mercúrio N° - número

SpO_2 – saturação periférica de oxigênio TOT – tubo orotraqueal

TQT - traqueostomia

VM – ventilador mecânico

PERIODOCIDADE: Sempre que houver sinais de acúmulo de secreções.

OBSERVAÇÕES: Necessita de equipe treinada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CASALI, C.C; MATOS, C.M.P. Técnicas de fisioterapia em terapia intensiva. In: **PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto**. Ciclo 1. Volume 2. Editora Artmed, 2010.

COSTA, R.P. Técnicas e recursos para remoção de secreção brônquica. In: SARMENTO, G.J.V.

Fisioterapia respiratória no paciente critico: Rotinas Clínicas. Editora Manole, 2005.

GUIMARÃES, F.S; FIGUEREDO, P.H.S; LEMES, D.A; MENEZES, S.L.S. Técnicas de remoção de

secreção em pacientes ventilados artificialmente. In: **PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto**. Ciclo 2. Volume 4. Editora Artmed, 2012.

KLEIN, T.C.R; GULINI, J.e.M.B, MASYKAWA, I. **Protocolo: aspiração de secreções respiratórias – endotraqueais - sistema aberto**, maio 2010.

ASPIRAÇÃO ORO E NASOTRAQUEAL

DEFINIÇÃO: Técnica utilizada para remoção de secreções das vias aéreas mantendo-as pérvias e melhorando a ventilação e a troca gasosa.

OBJETIVO: Remover secreções traqueais e das vias aéreas superiores.

INDICAÇÕES: Pacientes com tosse ineficaz e incapacidade de proteger a via aérea com presença de ruídos pulmonares audíveis ou durante a ausculta pulmonar, sinais de desconforto respiratório, deteriorização dos valores da gasometria arterial e alterações radiológicas compatíveis com acúmulo de secreções.

ABRANGÊNCIA: Enfermarias clínicas e cirúrgicas, emergência e UTI adulto.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. Lavar as mãos;
2. Verificar se todos os materiais necessários estão à beira leito, se não, levar até o leito do paciente;
3. Utilizar EPI´s;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Posicionar o paciente com cabeceira elevada à 30º - 45º;
6. Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
7. Abrir e testar o funcionamento do sistema de aspiração;
8. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador (mantendo-a dentro do invólucro);
9. Calçar as luvas limpas ou estéreis na mão dominante por cima da luva de procedimento;
10. Retirar a sonda do pacote com a mão dominante;

11. Pinçar o intermediário do vácuo ou a sonda de aspiração;

12. Colocar xilocaína numa gaze e passar na ponta da sonda de aspiração;

13. Avisar ao paciente que irá iniciar o procedimento;

14. **caso de aspiração nasotraqueal**: Introduzir lentamente a sonda por uma das narinas, aguardar por uma tosse ou por uma inspiração do paciente para introduzir a sonda até atingir a traquéia do paciente; realizar movimentos lentos de vai e vem; pinçar o intermediário do vácuo ou desconectar a sonda do vácuo mantendo-a dentro da via aérea do paciente com o objetivo de proporcionar um descanso ao paciente e recuperação dos sinais vitais e SpO_2;

15. **No caso de aspiração oral:** Introduzir lentamente a sonda na cavidade oral do paciente provocando uma tosse e aspirar as secreções;

16. Repetir o procedimento quantas vezes for necessário;

17. Enrolar a sonda de aspiração na mão e retirar a luva de modo que a sonda fica dentro da luva;

18. Desprezá-las no lixo;

19. Lavar o intermediário de aspiração com um frasco de 10 ou 20 ml de água estéril;

20. Desligar o sistema de vácuo e proteger sua ponta;

21. Realizar a ausculta pulmonar;

22. Organizar o leito do paciente;

23. Retirar as luvas;

24. Lavar as mãos;

25. Evoluir no prontuário aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

OBSERVAÇÕES:

1. Monitorizar os sinais vitais, SpO_2 e sinais de desconforto respiratório antes, durante e após o procedimento;

2. Recomenda-se injetar soro fisiológico ou água destilada pelas narinas na presença de sinusite, secreções espessas e sangramento ativo, aspirar simultaneamente;

3. Não limpar a sonda entre as aspirações com líquidos colocados em recipiente não estéril (copinhos ou frascos) caso a sonda suja trocá-la;

4. Recomenda-se o ajuste da pressão de vácuo em 80-120 mmHg;

5. Não é obrigatória a técnica asséptica, apesar de recomendada;

6. Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (podendo ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada);

7. Não manter nova sonda de aspiração conectada ao látex;

8. Realizar o procedimento após a fisioterapia respiratória e/ou sempre que houver sinais de acúmulo de secreções em pacientes com tosse ineficaz.

9. Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade esvaziá-lo antes do procedimento;

10. Intermediários devem ser trocados somente na saída do paciente ou quando o intermediário apresentar secreções que não saem com facilidade durante a limpeza com água ou solução fisiológica;

PERIODOCIDADE: Sempre que houver sinais de acúmulo de secreções.

OBSERVAÇÕES: Necessita de equipe treinada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KLEIN, T.C.R; GULINI, J.e.M.B, MASYKAWA, I. **Protocolo**: **aspiração oro-nasotraqueais de secreções respiratórias, maio 2010.**

MATERIAIS:

Água destilada ou solução fisiológica; Aspirador de secreções; Equipamentos de proteção individual; Gaze;

Intermediário de aspiração (látex); Luvas limpas ou estéreis;

Sistema de vácuo;

Sondas de aspiração n° 8, 9 e 10; Xilocaína.

ANAMNESE EM FISIOTERAPIA

Definição Conjunto de perguntas ao paciente sobre aspectos relevantes e que giram em torno de sua queixa principal. Durante o processo de anamnese apresentar-se sempre ao paciente, evitar termos técnicos e utilizar-se de linguagem simples.

OBJETIVO: Visa buscar subsídios necessários para obtenção do quadro clínico disfuncional ou da doença em si.

ABRANGÊNCIA: Serviço de Fisioterapia.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. Deve-se iniciar com a identificação do paciente;

2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante;

3. Verificar a queixa principal e secundária (levando em consideração os sinais e sintomas apresentados);

4. Coletar dados subjetivos, através da história clínica;

5. Registrar o procedimento na avaliação/evolução fisioterapêutica.

PERIODOCIDADE: Diariamente, exceto história pregressa.

OBSERVAÇÕES: No caso de impossibilidade da colaboração do paciente para realização da anamnese, realizar os questionamentos ao acompanhante, que deve ser uma pessoa da família ou que conviva com o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

VEJA, J.M.; LUQUE,A.; SARMENTO, G.J.; MODERNO, L.F.O. **Tratado de Fisioterapia Hospitalar:**

Assistência Integral ao Paciente**.** São Paulo, Ed. Atheneu. 2012.

MATERIAIS:

- Formulário;
- Caneta esferográfica;
- Prontuário do paciente.

AUSCULTA PULMONAR

DEFINIÇÃO: É um recurso semiológico destinado a detectar os sons normais e patológicos reduzidos nos pulmões e nas vias aéreas.

OBJETIVO: Permite a obtenção rápida e pouco dispendiosa de numerosas informações sobre diferentes patologias broncopulmonares.

ABRANGÊNCIA: Setor de Fisioterapia.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. Lavar as mãos;
2. Higienizar o estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
3. Lavar as mãos novamente;
4. Calçar as luvas;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Iniciar a ausculta pulmonar percorrendo o tórax de cima para baixo, nas faces posteriores, anterior e lateral (Figura 1). Deve ser realizada de forma sistemática e acompanhando ao menos um ciclo respiratório em cada porção do tórax;
7. Orientar ao paciente para respirar profundamente via oral (para não haver interferência dos ruídos das vias aéreas superiores);
8. Retirar as luvas e lavar as mãos;
9. Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
10. Registrar o procedimento na avaliação/evolução fisioterapêutica.

SIGLAS UTILIZADAS: EPI – Equipamento de Proteção Individual **PERIODOCIDADE:** Diariamente.

OBSERVAÇÕES: Deve ser realizada em ambiente silencioso e de preferência com o tórax desnudo. É aconselhável comparar os sons normais de um lado com aqueles ouvidos na mesma

região, do lado oposto; visto que há variações consideráveis dos sons normais na mesma pessoa e entre pessoas diferentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

VEJA, J.M.; LUQUE,A.; SARMENTO, G.J.; MODERNO, L.F.O. **Tratado de Fisioterapia Hospitalar:**

Assistência Integral ao Paciente**.** São Paulo, Ed. Atheneu. 2012.

AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPÊUTICA - FORÇA MUSCULAR

DEFINIÇÃO: avaliação que compreende observar o grau de força muscular em membros inferiores e membros superiores bilateral, totalizando 12 movimentos.

OBJETIVO: observar o grau de força muscular periférica de membros inferiores e superiores, podendo obter através do ponto de corte da soma das pontuações dos 12 movimentos, o diagnóstico de fraqueza adquirida em UTI. Além do somatório, esta avaliação tem por objetivo, verificar redução de força pontual, guiando também desta forma a terapêutica.

INDICAÇÕES: Pacientes internados em ambiente de terapia intensiva.

ABRANGÊNCIA: UTI adulto.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

3. Lavar as mãos;

4. Utilizar EPI´s;

5. Calçar as luvas de procedimento;

6. O paciente deverá estar estável clinicamente para poder ser submetido a esta avaliação;

7. Para poder ser considerado apto para esta avaliação, o paciente deverá cumprir cinco comandos com a face: abrir e fechar os olhos, olhar para o examinador, mexer a cabeça, abrir a boca e colocar a língua para fora e levantar as sobrancelhas quando o examinador contar até cinco;

8. plicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;

9. Posicionar o paciente sentado na posição vertical e posicionado para permitir o movimento completo da articulação contra a gravidade;

10. Os movimentos a serem testados bilateralmente: abdução de ombro, flexão de cotovelo, extensão de punho, flexão de quadril, extensão de joelho e dorsiflexão de tornozelo.

11. Para cada grupo muscular, o examinador devera estar posicionado do lado a ser testado;

12. O examinador demonstra o movimento a ser testado contra a gravidade e em seguida solicita que o paciente repita o movimento;

13. Caso o paciente consiga realizar o movimento através do intervalo desejado contra a gravidade, o examinador deverá aplicar uma resistência na posição do teste enquanto afirma "Não me deixe empurrá-lo para baixo" ou "Não me deixe dobrá-lo". Caso o paciente não tolere resistência nenhuma, a pontuação obtida é de grau 3.

14. Se o paciente tolerar alguma resistência a pontuação é de grau 4 e se tolerar resistência total a pontuação é de grau 5.

15. Caso o paciente não consiga realizar o intervalo de movimento contra a gravidade, este é reposicionado para permitir o movimento eliminando a gravidade. A posição com eliminação da gravidade irá variar para cada movimento a ser testado.

16. Se o paciente apresentar algum grau de movimentação com a gravidade eliminada, a pontuação obtida é de grau 2.

17. Caso paciente não apresente movimentação, o músculo e/ou tendão responsáveis pelo movimento testado, deverá ser palpado para observar contração. Se for observada contração muscular, a pontuação obtida é de grau 1. Caso não se observe nem contração muscular, a pontuação obtida é de grau 0.

18. Ao final, realiza-se a soma das pontuações obtidas nos 12 movimentos e classifica-se o paciente com ou sem fraqueza adquirida em UTI;

OBSERVAÇÕES:

Em caso de alterações cardiovasculares, respiratórias, neurológicas/ nível de consciência e apresentação de dor, a avaliação deverá ser suspensa;

SIGLAS:

EPIS: equipamentos de proteção individual; UTI: unidade de terapia intensiva.

PERIODICIDADE:

Esta avaliação deverá ser realizada no despertar do paciente, e diariamente com objetivo de guiar a terapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DE JONGHE, B. et al. Paresis acquired in the intensive care unit. **JAMA,** v.288, n.22, p.2859-2867, 2002.

CIESLA, N. et al. Manual Muscle Testing: a method of measuring extremity muscle strength applied to critically ill patients. **JOVE,** v.50, 2011.

DESMAME DIFÍCIL DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

DEFINIÇÃO: Processo que promove a independência ventilatória do paciente, ou seja, é a transição da ventilação artificial para a espontânea em pacientes que permanecem em VM pó tempo superior a 24 horas.

OBJETIVO: Retirar o paciente da VM o mais precoce dentro de suas possibilidades clinicas e fisiológicas.

ABRANGÊNCIA: UTI adulto.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. Realizar triagem diária, ou seja, avaliar se o paciente apresenta condições clínicas e fisiológicas para entrar no protocolo de descontinuação da VM;
2. . Seguir e preencher o protocolo de descontinuação da VM da UTI, seguindo as etapas abaixo:
3. Na primeira etapa avalia-se os seguintes critérios: PEEP≤10cmH_2O, FiO2≤40%, SatO2≥90%, FR≤35 rpm;
4. Caso o paciente não preencha os critérios permanecerá em VM, entretanto, se o paciente preencher os critérios, o médico de plantão deverá ser avisado para interromper ou reduzir significativamente a infusão dos sedativos e o enfermeiro responsável pelo paciente deve desligar a dieta enteral e na presença de sonda nasogástrica colocá-la em sifonagem e então seguir para a próxima etapa;
5. Na segunda etapa avalia-se a ausência de desconforto respiratório e a capacidade do paciente tossir adequadamente durante a aspiração do TOT;
6. Caso o paciente não apresente estas condições deve-se comunicar o medico para correção das causas da intolerância, por outro lado, se o paciente apresenta estas condições deve-se seguir para a próxima etapa;
7. Na terceira etapa deve-se realizar o teste de respiração espontânea (TRE), que pode ser de 2 formas:

1. Teste T

8. Lavar as mãos;
9. Utilizar EPI´s;
10. Calçar as luvas de procedimento;
11. Instalar o equipamento de macronebulização com soro fisiológico no frasco na fonte de
12. Explicar ao paciente o procedimento;
13. Posicionar o paciente confortavelmente em DD e com cabeceira elevada 45º ou mais;
14. Ligar a macronebulização e observar a saída de névoa pelo sistema - caso não haja, revisar o sistema e/ou substituí-lo;
15. Desconectar o pacientedo VM e conectar a peça 'T' ou "y" no intermediário (traquéia);
16. Ofertar a concentração de O2 adequada para que a saturação de hemoglobina pelo O_2 atinja níveis acima de 90%;
17. Monitorar de forma contínua o paciente por no mínimo 20 min e no máximo 2 horas, quanto às variáveis clínicas, gasométricas e hemodinâmicas;
18. Caso o paciente apresente algum dos parâmetros descritos no quadro abaixo deve-se interromper o TRE e retornar o paciente para o VM e permanecer por 24 h em um modo ventilatório que ofereça diminuição do trabalho muscular respiratório;

Parâmetros de Interrupção do TRE	
Freqüência respiratória	>35 rpm
Saturação arterial de O2	<90%
Freqüência cardíaca	>140 bpm
Pressão arterial sistólica	>180 mmHg ou < 90 mmHg
Sinais e sintomas	Agitação, sudorese, alteração do nível de consciência

19. Caso o paciente passe no TRE deve-se proceder a extubação, POP n°_____

20. Pressão de Suporte
21. Lavar as mãos;
22. . Utilizar EPI´s;
23. . Calçar as luvas de procedimento;
24. . Explicar o procedimento ao cliente;

25. . Posicionar o paciente confortavelmente e com cabeceira elevada 45º ou mais;
26. . Ajustar o VM no modo PSV de 5 cm H_2O com PEEP de 5 cmH_2O;
27. Monitorar de forma contínua o paciente por no mínimo 20 min e no máximo 2 horas, quanto às variáveis clínicas, gasométricas e hemodinâmicas;
28. . Caso o paciente apresente algum dos parâmetros descritos no quadro acima deve-se interromper o TRE e retornar os parâmetros ventilatórios que ofereçam diminuição do trabalho muscular respiratório;
29. . Retomar o teste após 24 horas;
30. Caso o paciente passe no TRE deve-se proceder a extubação, POP n°___

SIGLAS UTILIZADAS:

DD- Decúbito dorsal

EPI's – Equipamentos de proteção individual FiO_2 – Fração inspirada de oxigênio

FR- Frequência respiratória

HME – Filtro trocador de calor e umidade O_2 – Oxigênio

PEEP – pressão positiva expiratória final PSV – Ventilação por pressão de suporte SpO_2 – Saturação periférica de oxigênio TOT – Tubo orotraqueal

TRE – Teste de respiração espontânea

O_2;

VM- Ventilador mecânico

PERIODOCIDADE: Diariamente

OBSERVAÇÕES: Necessita de equipe treinada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Protocolo de Descontinuação da Ventilação Mecânica. HU/UFSC, 2014.

FORGIARINI JUNIOR, L.A. Protocolos de Desmame. In: **PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto**. Ciclo 2. Módulo 1. Editora Artmed, 2011.

RAMOS, F.F. et al. Desmame difícil e prolongado da ventilação mecânica. In: **PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto**. Ciclo 1. Módulo 3. Editora Artmed, 2011.

ANDRADE, F.M, MESQUITA, F.O.S, CORREIA JUNIOR, M.A.V. Desmame da ventilação mecânica: qual deve ser o foco? In: **PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto**. Ciclo 4. Módulo 2. Editora Artmed, 2013.

ROTINA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

MATERIAIS:

1. Ventilador mecânico
2. Cabo de energia
3. Fonte de energia
4. Circuito/traquéias do ventilador
5. Filtro HME
6. Monitor Cardíaco
7. Frasco de macronebulização
8. Soro fisiológico

9. Peça T ou Y

1. OBJETIVO

Diferenciar os conceitos limpeza e desinfecção de superfícies, em seus diferentes níveis, padronizando as rotinas de realização de acordo com as necessidades e indicações de cada área do Hospital/UTI.

2. LOCAL DE EXECUÇÃO

Todos os setores, assistenciais, administrativos e de apoio do Hospital/internações.

3. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

Higienização e equipe de enfermagem

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

EPC – Equipamento de Proteção Coletiva

EPI – Equipamento de Proteção Individual

UTI – Unidade de Cuidados Intermediários

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A higienização das superfícies nas unidades de saúde tem por finalidade preparar o ambiente para as suas atividades e é um dos elementos primários e eficazes nas medidas de controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções. A higienização das superfícies nas unidades de saúde também é responsável pelo bem-estar e conforto de pacientes, visitantes e a equipe de saúde, sendo também a primeira impressão do serviço.

O serviço de higienização executa atividade de limpeza, desinfecção e conservação de superfícies, sob a supervisão do enfermeiro responsável pelo processo. As áreas hospitalares classificam-se em:

▪ Área crítica: é aquela onde há maior número de pacientes graves, maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior número de infecções, ou área que tem maior possibilidade de disseminar alguma contaminação.

▪ Área semicrítica: é aquela onde se encontram pacientes internados, mas o risco de infecção é menor, sendo que, os procedimentos invasivos são de menor frequência e invasibilidade.

▪ Área não crítica: são setores ou serviços, onde o risco de transmissão de infecção é diminuído e não existem pacientes internados.

▪ Área contaminada: superfícies que entram em contato direto com as matérias orgânicas (sangue, secreções ou excreções), independentes da sua localização na estrutura hospitalar, sendo necessária além da limpeza, a sua desinfecção com uso de Produto químico.

Independente da área a ser higienizada, é fundamental que haja remoção mecânica da sujidade e / ou da matéria orgânica. Quando se define limpeza e desinfecção, é importante diferenciar os termos, e apesar dos processos estarem estreitamente inter relacionados, é preciso evitar confusões que possam comprometer o processo de desinfecção.

A limpeza consiste na remoção, por meios mecânicos e/ou físicos, da sujidade depositada nas superfícies inertes que constituem um suporte físico e nutritivo para os microrganismos. O agente químico desta operação é o detergente. Para melhorar sua eficiência na remoção das sujeiras, o detergente é adicionado à água e associado a uma ação mecânica que reduzirá sua tensão superficial e facilitará o processo.

A desinfecção consiste na destruição dos microrganismos patogênicos, e não no seu eventual deslocamento a outros pontos, como ocorre com a limpeza. O agente químico desta operação é o desinfetante (o hipoclorito de sódio a 1% é o desinfetante mais usado).

A limpeza geral das unidades de saúde inclui tetos, paredes, portas, janelas, corrimão, bate-maca, rodapé, luminárias, mobiliários, equipamentos, instalações sanitárias e pisos. Os métodos de limpeza devem ser determinados por tipo de superfície, quantidade e tipo de matéria orgânica presente.

O método manual caracteriza-se pela limpeza/desinfecção realizada manualmente com a utilização de pano, escova, esponja, rodo, balde com água e o processo de torção manual do pano utilizado na limpeza das superfícies. O método mecânico caracteriza-se pela

limpeza/desinfecção realizada com a utilização de equipamentos que facilitam os processos de limpeza.

Classificamos os tipos de limpeza e desinfecção de acordo com o momento em que é realizado:

▪ Limpeza concorrente: é o procedimento executado diariamente com a finalidade de limpar e repor material de higiene das diversas áreas hospitalares.

▪ Limpeza terminal: é o procedimento de limpeza e/ou desinfecção de todas as superfícies (cama, mesa de cabeceira, suporte de soro, escada, paredes - vidros, janelas e portas; pisos, banheiro). É realizada após alta, óbito ou transferência do paciente da unidade. Em áreas semicríticas e não críticas, o período máximo é de 30 dias.

▪ Desinfecção: é o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes químicos ou físicos. Este processo ocorre sempre que houver presença de matéria orgânica, independentemente de sua localização na estrutura hospitalar.

Os produtos utilizados no processo de limpeza e desinfecção das superfícies são:

▪ Detergente ou sabão: produto que contém tensoativo em sua formulação, com a finalidade de limpar através da redução superficial (umectação), dispersão, suspensão e emulsificação da sujeira.

▪ Desinfetante ou germicidas: são produtos utilizados no tratamento de superfícies contaminadas, este inativa praticamente todos os microrganismos patogênicos, exceto as formas esporuladas das bactérias, de superfícies ou objetos inanimados.

PRODUTO	INDICAÇÃO	UTILIZAÇÃO
Água + Sabão	Limpeza para a remoção de sujidades	Fricção manual
Hipoclorito de Sódio – 1% (10.000 ppm)	Desinfecção de superfícies não-metálicas, contaminadas com matéria orgânica	Deixar atuar por 10 minutos Retirar o excesso com pano úmido
Álcool 70%	Desinfecção de superfícies contaminadas com matéria orgânica	Usar após limpeza Fricções três vezes consecutivas
Quaternário de Amônia	Desinfecção de superfícies contaminadas com matéria orgânica	Usar após limpeza Fricção manual

Fonte: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Limpeza e desinfecção de superfícies, 2012.

O EPI e EPC destinam-se a proteger o trabalhador, durante o exercício das suas atividades, minimizando o risco por contato com sangue e outros fluidos corpóreos. Os EPI's são equipamentos de proteção individual e incluem óculos de proteção, gorros, máscaras, luvas, aventais impermeáveis e botas/sapatos fechados. Os EPI's são equipamentos de proteção que

visam proteção da coletividade e são caracterizados por cones, fitas zebradas e placas de advertência para delimitação de áreas em processo de limpeza molhada.

A responsabilidade de disponibilização desses equipamentos para os servidores é da empresa de higienização, que deve respeitar a necessidade de uso diário e o providenciar o treinamento da equipe para sua correta utilização.

5.1 REGRAS BÁSICAS PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO HOSPITALAR

▪ Lavar as mãos antes e após o uso das luvas e após o término das atividades que dispensam o uso dos EPI. Evitar o uso de objetos de adorno, durante o desempenho das atividades de trabalho;

▪ Usar o equipamento de proteção individual (EPI) apropriado para o grau de risco da tarefa a ser executada: luvas de borracha de cano curto e longo, avental impermeável, protetor ocular (quando houver risco de respingo de líquidos) e máscara (quando houver risco de aspersão de líquidos), botas de borracha (quando houver risco de molhar os pés);

▪ Quanto ao uso das luvas deve-se observar: uso exclusivo em cada tipo de procedimento, não usar a mesma luva para limpeza de material ou superfície contaminado e não contaminado;

▪ Nas áreas onde houver necessidade de paramentação especial (gorro, máscara, propés, luvas e avental), o contratado da empresa de limpeza deverá fazer uso do EPI, como os demais profissionais de saúde;

▪ Colocar o material de limpeza em carros móveis e cada setor deve possuir seu próprio utensílio de limpeza;

▪ Utilizar sacos plásticos para acondicionamento nos recipientes dos resíduos sólidos, conforme normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas);

▪ Iniciar a limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada. Limpar em único sentido, de cima para baixo e em linhas paralelas, nunca em movimentos de vai e vem;

▪ Iniciar a limpeza pelo teto, depois as paredes, e por último, o piso;

▪ A limpeza das superfícies é a etapa mais importante do processo de higienização, o uso de solução desinfetante será feito sempre acompanhado com a limpeza prévia;

▪ Usar sempre panos limpos e distintos (móveis, pisos, paredes e pias);

▪ Usar sempre baldes distintos, um com água e sabão e outro com água limpa para o enxágue. Trocar a água a cada limpeza da unidade e sempre que estiver suja;

▪ Realizar a varredura úmida, nunca efetuar varredura a seco, pois provoca a suspensão de microrganismos;

▪ Corredores: dividir corredor ao meio, deixando um lado livre para o trânsito de pessoal enquanto procede a limpeza do outro;

▪ No banheiro, lavar por último o vaso sanitário, onde será desprezada toda água suja (contaminada);

▪ Todo material e equipamentos usados para limpeza (balde, pano, escova, esfregão, mop, rodo, máquina de limpeza, etc.) devem ser mantidos limpos e secos, e após uso, guardados em local apropriado. Os Produtos químicos devem ser guardados em seus recipientes próprios, tampados, observando o prazo de validade;

▪ Evitar acidentes ou quedas em áreas de circulação, mantendo materiais e equipamentos organizados em local apropriado.

6. RECOMENDAÇÕES DE LIMPEZA / DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

SUPERFÍCIES	***LIMPEZA***			***DESINFECÇÃO***		
	Produto	***Método***	***Frequência***	***Produto***	***Método***	***Frequência***
Parede e teto	*Água + sabão*	*Fricção***	*Sempre que necessário*	*Hipoclorito de sódio 1%**	*Deixar por 10 min. de ação*	*Após contaminação*
Vidraça e espelho	*Água + sabão*	*Fricção***	*Semanal / quinzenal*	*Álcool 70%*	*Fricção Unidirecional por 30"*	*Após contaminação*
Janela / porta / corrimão	*Água + sabão*	*Fricção***	*Semanal*	*Álcool 70%*	*Fricção Unidirecional por 30"*	*Após contaminação*

Armário / prateleira / arquivo	*Água + detergente*	*Fricção***	*Semanal*			*Após contaminação*
Mobiliário	*Água + detergente*	*Fricção***	*Diário*			*Após contaminação*
Telefone	*Água + sabão*	*Fricção***	*Diário*	*Álcool 70%*	*Fricção***	*Diária*
Balde com tampa para acondicionamento de resíduos	*Água + Detergente*	*Fricção***	*Semanal*			
Hamper	*Água + sabão*	*Fricção***	*2 x dia*	*Álcool 70%*	*Fricção*	*Após contaminação*
Escada	*Água + sabão*	*Fricção***	*Semanal*	*Hipoclorito*	*Fricção***	*Após contaminação*
Luminária	*Água + sabão ou detergente*	*Fricção***	*Semanal*	*Álcool 70%*	*Fricção** Após*	*Após contaminação*
Suporte de soro	*Água + sabão ou detergente*	*Fricção***	*2 x dia*	*Álcool 70%*	*Fricção*	*Diariamente*

Colchão	*Água + sabão ou detergente*	*Fricção***	*Diário, sempre que necessário.*	*Álcool 70%*		*Fricção** Após o uso e diário*
Mesa ultrassom / RX – colchão	*Água + sabão*	*Fricção***	*Diário*	*Álcool 70%*		*Fricção após o uso*

SUPERFÍCIES	***LIMPEZA***			***DESINFECÇÃO***		
	Produto	***Método***	***Frequência***	***Produto***	***Método***	***Frequência***
Mesa auxiliar cirúrgica	*Água + sabão*	*Fricção***	*Após o uso*	*Álcool 70%*	*Fricção***	*Diário, sempre que necessário.*
Cama, Maca.	*Água + sabão*	*Fricção***	*Após o Uso*	*Álcool 70%*	*Fricção***	*Diário, sempre que necessário.*
Cadeira: hemodiálise – diálise / doação de sangue / laboratório	*Água + sabão*	*Fricção***	*Após o uso Diário*	*Álcool 70%*	*Fricção***	*Diário, sempre que necessário.*
Geladeira – alimento / medicamento /material biológico	*Água + sabão*	*Fricção***	*Semana / Quinzenal*	*Álcool 70%*	*Fricção***	*Diário, sempre que necessário.*

Freezer	*Água + sabão*	*Fricção***	*Mensal*	*Álcool 70% / Bicarbonato de Sódio (1)*	*Fricção***	*Diário, sempre que necessário.*
Ralo	*Água + sabão*	*Fricção***	*Sempre que necessário.*	*Após o uso manter seco*		
Pias / Sifão	*Água + sabão*	*Fricção** manter pia seca*	*Diário Sempre que necessário*			
Piso e rodapé	*Água + sabão*	*Fricção***	*Após contaminação*	*Hipoclorito de sódio 1%**	*Deixar por 10 min. de ação*	*Diário, sempre que necessário.*
Piso (somente onde caiu secreção / excreta / exsudato humano normal ou infectado)	*Água + sabão*	*Fricção***	*Após contaminação*	*Hipoclorito de sódio 1%**	*Deixar por 10 min. de ação*	*Sempre que necessário.*
Expurgo (despejo, depósito intermediário de roupa suja e	*Água + sabão*	*Fricção***	*Diário*	*Hipoclorito de sódio 1%**	*Deixar por 10 min. de ação*	*Diário, sempre que necessário.*

resíduos sólidos).						

SUPERFÍCIES		***LIMPEZA***			***DESINFECÇÃO***		
		Produto	***Método***	***Frequência***	***Produto***	***Método***	***Frequência***
Abrigo para resíduos sólidos *Contêineres, carros de coleta de resíduos.*		*Água + sabão*	*Fricção **	*Diário*	*Hipoclorito de sódio 1%**	*Deixar por 10 min. de ação*	*Diário, sempre que necessário.*
Recepção/ Expurgo (despejo / pia / balcão).	*CME*	*Água + sabão*	*Fricção **	*Diário, sempre que necessário.*	*Hipoclorito de sódio 1%**	*Deixar por 10 min. de ação*	*Diário*
	Lavanderia	*Água + sabão*	*Fricção **	*Diário, sempre que necessário.*	*Hipoclorito de sódio 1%**	*Deixar por 10 min. de ação*	*Diário*
	Lactário/ Despejo	*Água + sabão*	*Fricção **	*Diário, sempre que necessário.*	*Hipoclorito de sódio 1%** ou *Álcool 70%*	*Deixar por 10 min. de ação*	*Diário*
	Cozinha / copa (área de	*Água +sabão*	*Fricção **	*Diário, sempre que necessário.*	*Hipoclorito de sódio 1%**	*Deixar por 10 min. de ação*	*Após cada refeição*

	recepção de restos)						
Balcão / bancada do:	Laboratório	Água + sabão	Fricção **	Diário, sempre que necessário.	Álcool 70%	Fricção**	Após o uso e diário
	Banco de Sangue	Água + sabão	Fricção **	Diário, sempre que necessário.	Álcool 70%	Fricção**	Diário e após contaminação
	Posto de enfermagem	Água + sabão	Fricção **	Diário, sempre que necessário.	Álcool de 70%	Fricção**	Diário
Anatomia Patologia / Necropsia	Mesas	Água + sabão	Fricção **	Diário, sempre que necessário.	Álcool 70% (Vírus)	Fricção**	Após contaminação
	Geladeiras	Água + sabão	Fricção **	Diário, sempre que necessário.	Álcool / Bicarbonato de sódio (1)	Fricção**	Semanal
Saboneteira de vidro ou metal Dispensador de sabão		Água + sabão	Fricção **	Após término do Conteúdo	Álcool 70%	Fricção**	Após término do conteúdo
Porta-papel toalha		Água + sabão	Fricção **	Diário	Álcool 70%	Fricção**	Diário, sempre que necessário.

Banheiro		*Água + sabão*	*Fricção **	*Após contaminação e Diário*	*Hipoclorito de sódio 1%**	*Deixar por 10 min. de ação*	*Diário, sempre que necessário.*
Caixas d'água e depósitos		*Água + sabão*	*Fricção **	*Semestral*	*Compostos clorados*	*Conforme orientação do fabricante*	*Semestral*
Filtro de AR	*Central*	*Conforme Orientação do Fabricante*					

Observação:

- Para desinfecção é necessária a limpeza ou remoção da matéria orgânica anterior ao processamento.

* Enxaguar após o tempo de ação.

** Fricção mecânica com pano, esponja, escova, vassoura, etc.

(1) Aplicar com fricção nas borrachas das portas, pois, diminui o odor e melhora a aderência.

- áreas não críticas, fazer desinfecção mensal. Pós contaminação, em áreas críticas.

7. UNIDADE DO PACIENTE E A DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADES DA HIGIENIZAÇÃO

Compete à empresa contratada para a higienização das unidades de saúde, a executar a limpeza do teto, paredes, piso e mobiliário pertencentes à unidade, não cabendo a ele a limpeza ou desinfecção de artigos relativos à assistência respiratória, sendo de competência do serviço de enfermagem. Toda a atividade de higienização, incluindo os equipamentos, é de responsabilidade do pessoal da higienização, portanto deve ser capacitado para assumir tal função (contratados treinados e supervisionados, sob responsabilidade do enfermeiro).

8. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA CAIXA D'ÁGUA

As caixas d'água devem ser tampadas, mantidas limpas e fazer desinfecção periódica (semestral). Devem ser observadas também as condições gerais do sistema como vazamento, infiltrações e impermeabilização.

A desinfecção do sistema de água potável pode ser feita por métodos químicos (cloração), físicos (desinfecção térmica) ou por uma combinação dos dois.

9.CONTROLE INTEGRADO DE PRAGAS URBANAS EM AMBIENTE HOSPITALAR

As pragas mais comuns nos estabelecimentos de saúde são: formigas, baratas, moscas, pulgas e ratos. Sua incidência é variável de acordo com localidade, condições estruturais do edifício, manutenção, higiene e limpeza local. Outros fatores que facilitam as infestações são entradas de mercadorias e produtos alimentícios. Os insetos são atraídos por alimentos e luz.

Para diagnosticar e controlar o problema, é necessário monitorizar periodicamente os diversos setores do estabelecimento, visando estabelecer, através destas informações, estratégias de controle mais adequado ao local e à infestação observada.

O controle de vetores é uma medida de saneamento primordial na promoção da saúde e bem-estar da população, no ambiente das unidades de saúde, os vetores são capazes de veicular agentes infecciosos.

Conforme a Portaria n° 27 / 94 – SES-DF, de 28 de setembro de 1994, determina que todas as unidades hospitalares do DF elaborem, implantem e mantenham um Programa de Controle de Pragas em Área Hospitalar, de acordo com as orientações contidas no Manual de Controle de Pragas Urbanas em Área hospitalar. Estas orientações devem ser utilizadas também nas unidades básicas e mistas de saúde.

As medidas para o controle de pragas devem ser integradas a higienização ambiental, sendo as principais medidas:

· As medidas preventivas constituem um conjunto de ações que visam a dificultar a instalação e sobrevivência das pragas urbanas, através da eliminação ou redução das disponibilidades de alimento, água e abrigo com:

- Adotar critérios rigorosos na recepção e estocagem de gêneros alimentícios e medicamentos, de modo a evitar o acesso passivo das pragas, eliminando possíveis abrigos;

- Armazenar os alimentos sobre "estrados", ou colocá-los em prateleiras, de modo a permitir a perfeita higienização da área eliminando possíveis abrigos;

- Manter área verde desmatada e com gramado aparado, removendo ou limitando as fontes de alimentos naturais;

- Restringir ou diminuir as fontes de água;

- Vedar pontos de acesso para impedir a entrada das pragas, eliminando possíveis abrigos.

· As medidas corretivas envolvem ações que visam a modificar o meio ambiente dentro e em torno da edificação, corrigindo tudo aquilo que estiver facilitando a sobrevivência das pragas que estão infestando a área. Atenção especial deve ser dada à estocagem, manejo e disposição do material em desuso que fica acumulado na área circunvizinha à edificação e a vedação dos vão e buracos existentes em pisos, paredes e teto.

· As medidas de controle constituem no uso dos seguintes métodos para o controle de moscas, baratas, formigas e ratos.

- Método biológico: consiste na utilização de predador natural ou patógenos capaz de eliminar uma dada espécie alvo.

- Método mecânico: sistema de proteção física, com barreira mecânica tipo tela, obstáculo ou empecilho; sistema de captura ou eliminação mecânica com o uso de armadilha e ratoeira.

- Método químico: consiste na utilização de substâncias químicas tóxicas, denominadas raticidas e inseticidas, de efeito temporário, pois, por si só não são capazes de impedir reinfestações no ambiente.

Para o bom êxito do processo, é necessário fixar alguns parâmetros:

Definir os locais a serem desinsetizados e/ou desratizados:

- Áreas internas definidas;

- Toda área externa;

- Todas as caixas de esgoto.

· Preparação:

- Afastar todos os móveis da parede, o suficiente para a passagem de uma pessoa;

- Deixar vazios armários, gavetas e outros móveis;

- Retirar do local os medicamentos, alimentos, materiais médico-hospitalar, quando não for possível, proteger adequadamente com sacos plásticos.

· Observações:

- A cada seis meses repetir a operação;

- A limpeza do local deverá ser retardada ao máximo, para que se obtenha um melhor efeito residual;

- Durante a aplicação do inseticida/raticida e após duas horas, não deverá permitir a presença de pessoas nos locais borrifados;

- O produto deve ser manipulado e ou aplicado com uso de equipamento de proteção individual adequado (calçados e luvas impermeáveis, avental de manga comprida e máscara com filtro).

· Importantes ações para obter bons resultados:

- Armazenar caixas, gêneros alimentícios sobre estrados e distanciados da parede (40 cm);

- Dispensar atenção especial para portas, janelas e claraboias;

- Evitar áreas mortas e depósitos de sucatas;

- Evitar mini copas ou locais de lanches espalhados por todo hospital;

- Manter os vasilhames para o acondicionamento de resíduos sólidos com saco plástico e tampa em todos os setores;

- Manter sempre um bom nível de limpeza e higiene.

10. ROTINAS OPERACIONAIS

· Limpeza das áreas de internação:

LIMPEZA DOS CESTOS DE LIXO (resíduos)

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO
· Pegar o saco plástico pelas bordas e fechar, ao retirá-lo do cesto de lixo; · Colocar o saco plástico com lixo (resíduos), no carro de limpeza ou em local próprio para ser recolhido mais tarde; · Limpar o cesto com um pano umedecido; · Começar a limpeza pelo lado interno e terminar no externo; · Passar um pano seco e limpo para tirar as manchas de água; · Colocar um novo saco de lixo; · Remover o material com o lixo (resíduos) para local próprio; **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma:**	**Diário** quando houver contaminação com matéria orgânica **Semanal**	Água e sabão Hipoclorito de Sódio – 1%
- usar desinfetante e deixar atuar por 10 minutos; - limpar com água e sabão e secar - os cestos serão lavados com sabão, água corrente e escova, periodicamente; - retirar as luvas e lavar as mãos.		

RECOLHIMENTO DO LIXO (resíduos)

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

· Calçar a luva de borracha em uma das mãos e a outra mão sem luva ficará limpa para abrir portas e tocar em superfícies; · Percorrer todas as áreas do hospital recolhendo o lixo em carro próprio, com tampa; · O saco de lixo não deve ser utilizado até a borda, impossibilitando seu fechamento; · Fechar e retirar o saco do cesto de lixo, limpar o cesto, colocar um saco plástico; · Levar o saco de lixo para o depósito. · As caixas com material perfuro-cortantes serão manipuladas com atenção e serão transportadas em recipientes adequados; · Lavar o carro de recolhimento de lixo duas vezes ao dia ou mais, quando necessário; · Limpar e guardar o material usado para a limpeza do carro de lixo e dos contêineres; · Retirar as luvas e lavar as mãos, mantendo as unhas aparadas. · Guardar em local apropriado; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Diário e quando necessário	

LIMPEZA DO HAMPER

DESCRIÇÃO	**PERÍODO**	**PRODUTO**
· Limpar o hamper com um pano umedecido; · Começar a limpeza da parte superior até a parte inferior, limpando o rodízio.	Semanal e após alta Após	Água e sabão Álcool 70%

· **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma**: · Friccionar álcool 3 vezes consecutivas;	Contaminação com matéria orgânica	

LIMPEZA DO SUPORTE DE SORO

DESCRIÇÃO	**PERÍODO**	**PRODUTO**
· Limpar o suporte de soro, com pano		
Umedecido; · Começar a limpeza, de cima para baixo até o rodízio. Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma: - limpar com água e sabão; - secar; - friccionar álcool três vezes consecutivas; - colocar junto à cama do paciente; - retirar as luvas e lavar as mãos.	Diário e após alta Após Contaminação com matéria orgânica	Água e sabão Álcool 70%

LIMPEZA DE BIOMBO

DESCRIÇÃO	**PERÍODO**	**PRODUTO**

· Limpar o biombo com pano umedecido; · Começar a limpeza, de cima para baixo até o rodízio; · Retirar o tecido e colocar no saco de saco de hamper para ser lavado. · Se for de outro material (nylon, sintético), retirar e levar para o local de lavagem; · Lavar com água e sabão, enxaguar e secar com pano seco; · Recolocar no local; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Semanal / Conforme rotina da unidade	Água e sabão

LIMPEZA DA MESA DE CABECEIRA E/OU MESA DE REFEIÇÃO

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

- secar com pano seco; - friccionar com álcool três vezes consecutivas; · Passar pano seco por toda a mesa de cabeceira; · Colocar a mesa de cabeceira na posição inicial; · Afastar a mesa de refeição do leito; · Elevar a mesa o máximo possível; · Limpar a superfície e a parte interna com pano umedecido; · Passar pano limpo e seco; ·Limpar a parte inferior da mesa, especialmente onde o paciente possa ter tocado; · Limpar o resto da mesa baixando até a base; · Verificar se não há resíduos nas rodas; · Passar pano seco e limpo por toda a mesa para retirar qualquer resíduo de água; · Colocar a mesa no lugar e na posição em que a encontrou; · Recolher o material utilizado na limpeza; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Após Contaminação com matéria orgânica	Álcool 70%

LIMPEZA DAS CADEIRAS

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

· Pegar o material; · Limpar a cadeira com um pano umedecido; · Começar a limpeza, de cima para baixo, retirando o pó em cada superfície, inclusive nas traves laterais. **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma:** - limpar com água e sabão; - secar com pano seco; - friccionar álcool três vezes consecutivas; · Passar uma vez por mês, uma camada fina do produto indicado para cada tipo de material; · Passar um pano limpo para retirar o excesso de produto e dar brilho; · Recolher o material utilizado na limpeza; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Diário e quando necessário	Água e sabão Lustra móvel

LIMPEZA DA ESCADINHA

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

· Limpar a escadinha com um pano umedecido; · Quando da alta do paciente, lavar passando escova na plataforma, quando necessário. **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma:** - retirar matéria orgânica com papel toalha; - usar desinfetante e deixar atuar por 10 minutos; - limpar com água e sabão; - secar; - colocar junto à cama do paciente; - retirar as luvas e lavar as mãos;	Diário e quando necessário Quando houver contaminação com matéria orgânica	Água e sabão Hipoclorito de Sódio – 1%

LIMPEZA DE ARMÁRIOS

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

· Retirar todo material do armário*; · Passar pano umedecido por todo interior do armário, começando pela parte superior e terminando na parte inferior; · Limpar a parte externa iniciando a parte superior; · Limpar as laterais de cima para baixo e com movimentos horizontais; · Recolocar os objetos retirados dos armários; · Verificar se está tudo em ordem; · Recolher, limpar e guardar o material; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Semanal / Conforme rotina do setor	Água e sabão

*Se for solicitado a limpeza de balcão/armários e/ou pias de medicamentos ou material de consumo, só fazer após desocupação pela equipe de enfermagem ou outro servidor da SES.

LIMPEZA DE CAMA SEM PACIENTE

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

Colchão e suas laterais; · Acionar a manivela e limpar a parte de baixo do estrado; · Secar com pano limpo; · Abaixar a parte superior da cama; · Dobrar o colchão colocando a parte limpa da cama; · Repetir a operação na parte inferior da cama; · Acionar a manivela e colocar a cama na posição horizontal; · Recolocar o colchão no lugar; · Limpar e secar os pés da cama até o rodízio; · Passar um pano no chão para enxugar os respingos. **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma:** - friccionar álcool três vezes; · Recolher o carro de limpeza para troca do material; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Quando houver contaminação com matéria orgânica	Álcool 70%

LIMPEZA DE MACAS

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

· Pegar o material necessário à limpeza; · Limpar com pano umedecido a parte superior do colchão, suas laterais e a parte inferior; · Colocar o colchão em um lugar limpo; · Limpar com pano umedecido a superfície, as laterais até a parte inferior e rodízios; · Friccionar álcool três vezes consecutivas; · Recolher o material utilizado na limpeza; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Diário e quando necessário	Água e sabão Álcool 70%

LIMPEZA DE CADEIRA DE RODAS

DESCRIÇÃO	**PERÍODO**	**PRODUTO**
· Pegar o material; · Limpar a cadeira com um pano umedecido; · Começar a limpeza de cima para, até as rodas e traves laterais; · Friccionar álcool três vezes consecutivas; · Guardar em local apropriado; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Diário e quando necessário	Água e sabão Álcool 70%

LIMPEZA DE LUMINÁRIAS

DESCRIÇÃO	**PERÍODO**	**PRODUTO**

· Preparar o material; · Desligar a tomada; · Começar a limpeza pelas placas de acrílico, que deverá ser feita com pano úmido; · Limpar a lâmpada quando não houver placa de acrílico; · Recolher o material utilizado na limpeza; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Mensalmente	Água e sabão

LIMPEZA DAS PORTAS

DESCRIÇÃO	**PERÍODO**	**PRODUTO**
· Preparar o material necessário para limpeza de porta; · Subir na escada; **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma:** - passar pano umedecido com desinfetante no local e deixar atuar por 10 minutos; - limpar com água e sabão; - secar; · Efetuar a limpeza de cima para baixo passando o pano na parte externa, interna, superior, lateral do caixilho e na parte superior da porta;	Conforme rotina da unidade Quando houver contaminação com matéria orgânica	Água e sabão Hipoclorito de Sódio 1%

· Descer da escada; · Limpar o restante inferior dos caixilhos e da porta; · Limpar os puxadores e lustrá-los, se necessário; · Retocar o piso; · Recolher o material utilizado; · Retirar as luvas e lavar as mãos.		

LIMPEZA DE PAREDES E TETO

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

· Levar o material para o local a ser limpo; · Remover ou cobrir os móveis e/ou objetos; **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.) proceder da seguinte forma:** - retirar matéria orgânica com papel toalha; - passar pano úmido com desinfetante no local e deixar atuar por 10 minutos; - limpar com água e sabão; - secar; - limpar as partes superiores das portas e janelas; - limpar as paredes de cima para baixo; - enxugar com pano seco os encanamentos, paredes, portas e janelas; - limpar o chão; - colocar os móveis e/ou objetos em seus devidos lugares, limpando-os se necessário; - recolher o material utilizado na limpeza; - retirar luvas e lavar as mãos.	Conforme rotina do serviço Quando houver contaminação com matéria orgânica	Água e sabão Hipoclorito de Sódio 1%

LIMPEZA DE PIAS OU LAVATÓRIOS

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

· Pegar o material necessário à limpeza; · Levar para junto da pia; · Abrir a torneira; · Limpar com pano toda a extensão da pia; · Molhar e torcer o pano; · Espalhar um pouco de sapólio sobre o pano e esfregar na pia; · Lavar a pia por dentro e por fora; · Limpar a torneira e os encanamentos sob a pia com pano, água e sabão; · Retirar qualquer detrito, ou cabelo da abertura do esgoto, usado bomba própria ou um gancho e jogar num saco plástico; · Enxaguar as bordas da torneira e ao redor; · Enxaguar a superfície da pia com pano seco; · Enxaguar os metais; · Passar pano úmido no chão e nos azulejos ao redor da pia para enxugar os respingos; · Recolher e limpar o material utilizado; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Diário	Água e sabão / Sapólio

LIMPEZA DE APARELHOS SANITÁRIOS

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

· Preparar o material de limpeza, levar o material para o local de trabalho; · Baixar a tampa e dar a descarga; · Esfregar o interior do vaso usando uma escova utilizando água e sabão ou detergente, inclusive a área sob a borda; · Baixar a tampa e dar nova descarga; · Enxaguar e realizar desinfecção; · Lavar o exterior do vaso, as dobradiças, o conjunto de assento em suas duas faces, dando particular atenção a parte que está mais próxima do chão; · Enxaguar com água limpa; · Secar as dobradiças, o assento e o exterior; · Umedecer um pano com desinfetante; · Passar primeiro no assento e depois nas bordas e laterais do vaso; · Abaixar o assento; · Lavar o chão; · Recolher o material utilizado na limpeza; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Diário	Água e sabão Hipoclorito de sódio 1%

LIMPEZA DE PORTA PAPEL-TOALHA

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

· Lavar as mãos; · Retirar o papel-toalha; · Umedecer o pano com água e sabão; · Limpar o porta papel-toalha interna e externamente; · Enxaguar o pano e passar novamente sobre as superfícies; · Secar internamente; **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma:** - limpar com água e sabão; - secar com pano seco; - friccionar com álcool três vezes consecutivas; · Repor o papel-toalha em quantidade suficiente; · Limpar e guardar o material de limpeza; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Diário Quando houver presença de Contaminação com matéria orgânica	Água e sabão Álcool 70%

LIMPEZA DO PISO

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

· Levar o material e equipamento necessário para a área a ser lavada; · Reunir todo o mobiliário em parte da sala de maneira a ter o máximo de área livre; **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma:** - retirar a matéria com papel-toalha; - usar desinfetante e deixar atuar por 10 minutos; - limpar com água e sabão; - secar; · Umedecer metade da área com água e um pouco da solução detergente; · Passar a máquina escovando o piso, começando num dos cantos da sala e indo em direção à porta ou do fim do corredor para o início; · Remover a água suja com a pá; · Jogar no ralo mais próximo ou em balde no caso de inexistência de ralo; · Secar o piso com o pano seco ou levemente umedecido, para retirar todos os resíduos de água; · Recolher o material utilizado na limpeza; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Diário Quando houver presença de Contaminação com matéria orgânica	Água e sabão Hipoclorito de Sódio 1%

LIMPEZA DO TELEFONE

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO
· Levar o material para o local de trabalho; **· Passar o pano úmido no fone, pressionando suavemente;** **· Colocar o fone na mesa;** **· Passar o pano sobre o aparelho e fios;** **· Colocar um pouco de álcool puro no pano seco;** **· Repassar por todo o aparelho e fios;** **· Passar outro pano seco sobre o aparelho;** **· Recolocar o fone no lugar;** **· Recolher o material utilizado na limpeza;** **· Retirar as luvas e lavar as mãos.**	**Diário**	**Álcool 70%**

LIMPEZA DOS POSTOS DE ENFERMAGEM

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO
· Preparar e levar o material e equipamento necessário para limpeza do posto de enfermagem; · Retirar o saco do cesto de lixo, e colocar no saco de lixo do carro de limpeza; · Limpar o cesto de lixo, e forrar com sacos plásticos limpos; · Proceder a limpeza, da área semicrítica na seguinte ordem: - manchas nas paredes;	Diariamente, antes de iniciar o preparo da medicação Semanalmente ou quando necessário Quando houver presença de matéria orgânica presente	Água e sabão Álcool 70% Álcool 70% (material metálico) / Hipoclorito de Sódio 1% (material não metálico)

- balcão, pias e bancadas; - cadeiras; - outros móveis e objetos; - telefone; - piso (com pano úmido); - luminárias. · Paredes; · Balcão (exceto os da medicação) *; · Móveis e objetos; · Piso - com máquina; Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma: - retirar a matéria orgânica com papel toalha; - usar desinfetante e deixar atuar por 10 minutos; - limpar com água e sabão; - secar; · Repor o material de consumo: · Arrumar os móveis e os colocar em seus respectivos lugares;		
· Recolher e retirar o material e equipamentos da área; · Retirar as luvas e lavar as mãos.		

*Se for solicitado a limpeza de balcão e/ou armários de medicamentos, só fazer após desocupado pela equipe de enfermagem.

LIMPEZA DE GELADEIRA

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO
· Após desligada e desocupada · Colocar um pano no chão próximo à geladeira para evitar respingo de água; · Retirar as prateleiras e acessórios e lavar com água e sabão as prateleiras e acessórios e enxaguar com água limpa; · Limpar a parte interna da geladeira com um pano umedecido com água e sabão e enxugar com pano limpo e seco; · Limpar a parte externa da geladeira com pano umedecido em água limpa; · Limpar o congelador com água pura e secar em seguida; · Ligar a geladeira e recolocar as prateleiras e acessórios; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Semanal	Água e sabão

* A geladeira com presença de material orgânico (fezes, urina, sangue), medicamentos/vacinas e outros artigos hospitalares será desocupada somente por servidor da unidade.

O REFEITÓRIO E/OU SALA DE LAZER

Outros móveis e objetos não metálicos Piso - lavar com máquina · Retirar matéria orgânica com papel-toalha; **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma:** - usar desinfetante e deixar atuar por 10 minutos; - limpar com água e sabão; - secar; · Recolocar as cadeiras, mesas, outros móveis e objetos no lugar; · Recolher, limpar e guardar o material e os equipamentos utilizados; Retirar as luvas e lavar as mãos.	Diariamente	Álcool 70%

BOX DE EMERGÊNCIA

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO

· Retirar as cortinas e levar para o local de lavagem; · Lavar com água e sabão e usar uma escova para remover manchas; · Enxaguar com água corrente; · Deixar escorrer o excesso de água e secar com pano seco; · Recolocar no local; · Retirar as luvas e lavar as mãos.	Semanal / Sempre que necessário	Água e sabão

LIMPEZA

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO
· Preparar o material necessário para a limpeza terminal da unidade do paciente; · Fechar o saco plástico do cesto do lixo e colocar no carro de limpeza;	Diário	Água e sabão Álcool 70%

· Proceder à limpeza obedecendo a seguinte sequência: · **Unidade do paciente** Manchas na parede Painel Mesa de cabeceira Cama Móveis e objetos Pias (exceto as de medicação) * Cesto de lixo Piso - com pano úmido Luminárias Paredes Janelas Móveis e objetos (camas, macas, respiradores, bombas, monitores, incubadoras, oxímetro de pulso, aparelhos de ECG, cabos de monitores, telefone, etc.). Balcão (exceto de medicação) * Piso - com máquina · Expurgo Pias / bancadas Armários / prateleiras Parede		

Piso - pano úmido · Repousos / Vestiários Parede Camas Armários Piso - pano úmido · Banheiros Paredes Pias Vaso sanitário Piso		

Respiradores, bombas, monitores, incubadoras, oxímetro de pulso, aparelhos de ECG, cabos de monitores, telefone, etc.). Balcão (exceto de medicação) * Piso - com máquina · **Expurgo** Pias / bancadas Armários / prateleiras Parede Piso - pano úmido · **Repousos / Vestiários** Parede	Diário Quando em presença de matéria orgânica.	Hipoclorito de Sódio 1% Álcool 70%(material metálico) / Hipoclorito de Sódio 1% (material não metálico)

Camas Armários Piso - pano úmido · **Banheiros** Paredes Pias Vaso sanitário Piso **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma:** - retirar a matéria orgânica com papel toalha; - usar desinfetante e deixar atuar por 10 minutos; - limpar com água e sabão; - secar; · Recolher o material; · Retirar as luvas; · Lavar as mãos.		

LIMPEZA DO LABORATÓRIO

DESCRIÇÃO	**PERÍODO**	**PRODUTO**
· Preparar o carro de limpeza com o material necessário;	Diário Semanal	Água e sabão Álcool 70%

· Recolher o saco lixo, depositando lixo no carro; · Proceder a limpeza seguindo a seguinte ordem: **UNIDADE** Mesa de trabalho - após limpeza, friccionar álcool três vezes consecutivas Móveis e objetos Cesto de lixo Parede Piso - com pano úmido Luminárias Azulejos Portas Janelas Superfície dos móveis e objetos Piso - com máquina **Banheiro** Pias Paredes Vaso sanitário Piso **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma:**	Diário Quando houver presença de matéria orgânica	Hipoclorito de Sódio 1% Álcool 70% (material metálico) / Hipoclorito de Sódio 1% (material não metálico)

- retirar matéria orgânica com papel-toalha; - usar desinfetante e deixar atuar por 10 minutos; - limpar com água e sabão; - secar; · Repor o material de consumo; · Recolocar os objetos nos devidos lugares; · Recolher o material, guardando no carro de limpeza; · Retirar o carro e equipamentos; · Retirar as luvas; · Lavar as mãos.		

LIMPEZA DA RADIOLOGIA

DESCRIÇÃO	**PERÍODO**	**PRODUTO**
· Preparar o carro de limpeza com o material necessário; · Recolher o saco lixo, depositando lixo no carro; · Proceder a limpeza seguindo a seguinte ordem:	Diário	Água e Sabão
Móveis e objetos Maca Mesa de exame Cesto de lixo	Semanal Diário Quando houver presença de matéria orgânica	Hipoclorito de Sódio 1% Álcool 70% (material metálico) / Hipoclorito de

Tirar manchas da parede Piso - com pano úmido Luminárias Azulejos Portas Janelas Superfície dos móveis e objetos Piso - com máquina BANHEIRO Pias Paredes Vaso sanitário Piso Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma: - retirar matéria orgânica com papel-toalha; - usar desinfetante e deixar atuar por 10 minutos; - limpar com água e sabão; - secar; · Repor o material de consumo; · Recolocar os objetos nos devidos lugares; · Recolher o material, guardando no carro de limpeza;		Sódio 1% (material não metálico)

· Retirar o carro e equipamentos; · Retirar as luvas; · Lavar as mãos.		

LIMPEZA DA FARMÁCIA HOSPITALAR

DESCRIÇÃO	**PERÍODO**	**PRODUTO**
· Preparar o carro de limpeza com o material necessário; · Recolher o saco lixo, depositando lixo no carro; · Proceder a limpeza seguindo a seguinte ordem: **FARMÁCIA** Móveis e objetos Telefone Cesto de lixo Tirar manchas da parede	Diário	Água e Sabão
Piso - com pano úmido Luminárias Portas Janelas Estantes*, prateleiras* Superfície dos móveis e objetos Piso - com máquina	Semanal Semanal (antes e após manipulação) Diário Quando houver presença de matéria orgânica	Álcool 70% Água e Sabão / Álcool 70% / Hipoclorito de Sódio 1% Hipoclorito de Sódio 1% Álcool 70% (material metálico) / Hipoclorito de Sódio 1% (material não metálico)

Sala de preparo de nutrição parenteral Teto Paredes Piso Vestiário - pia e armário Antessala (pia, bancada com armários, carrinho) Refrigerador Capela de fluxo laminar **Banheiro** Pias Paredes Vaso sanitário Piso **Sempre que, em presença de matéria orgânica (sangue, secreções corpóreas, urina, fezes, etc.), proceder da seguinte forma:** - retirar matéria orgânica com papel-toalha; - usar desinfetante e deixar atuar por 10 minutos; - limpar com água e sabão; - secar; · Repor o material de consumo; · Recolocar os objetos nos devidos lugares; · Recolher o		

material, guardar no carro de limpeza; · Retirar o carro e equipamentos; · Retirar as luvas; · Lavar as mãos.		

*Se for solicitado a limpeza prateleiras, armários e/ou pias de medicação ou material de consumo, só fazer após desocupado pelo servidor do setor.

LIMPEZA DAS ÁREAS COMUNS

DESCRIÇÃO	**PERÍODO**	**PRODUTO**
· Levar o material e equipamento necessário para a sala de espera e/ou área comum que vai ser limpa; · Recolher todos os sacos de lixo; · Trocar a água dos vasos ou molhar as plantas; · Realizar a limpeza obedecendo a seguinte sequência: Janelas Manchas nas paredes Móveis e objetos Vasos Cestos de lixo Piso - com pano úmido	Diário Semanal ou quando necessário Diário / Quando necessário	Água e Sabão Hipoclorito de Sódio 1%

Luminárias Paredes Portas Janelas Móveis e objetos Vasos Cestos de lixo Piso - lavar com máquina **Banheiro** Pias Paredes/azulejos Vaso sanitário Piso · Recolher e retirar o material e equipamento da área; · Retirar as luvas; · Lavar as mãos.		

LIMPEZA DAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS

DESCRIÇÃO	**PERÍODO**	**PRODUTO**
· Preparar o material e equipamento necessário, levando para área a ser limpa; · Abrir as janelas para arejar a sala; · Recolher todo o lixo e os sacos de lixo; · Colocar os sacos de lixo no carro de limpeza;	Diário Semanal	Água e Sabão Álcool 70%

· Realizar a limpeza (área não crítica) seguindo essa ordem: Janelas Manchas nas paredes Móveis e objetos Vasos Cestos de lixo Piso - com pano úmido Luminárias Paredes Portas Janelas Móveis e objetos Vasos		
Cestos de lixo Piso - com máquina BANHEIRO Luminárias Paredes/azulejos Pia Vaso sanitário Piso · Arrumar a sala recolocando os móveis e objetos nos seus devidos lugares;	Diário	Água e sabão

· Recolher e retirar todo material e equipamento da área; · Retirar as luvas e lavar as mãos.		

LIMPEZA DE VESTIÁRIO

DESCRIÇÃO	PERÍODO	PRODUTO
· Preparar o material e equipamentos necessários e levá-los para o vestiário; · Retirar os sacos de lixo dos cestos para o recipiente do carro; · Limpar os cestos de lixo e colocar sacos plásticos limpos; · Proceder à limpeza seguindo essa ordem: Cadeiras e/ou bancos Espelhos Pia Vaso Piso Luminárias Paredes Armários	Diário Semanal Diário	Água e Sabão Água e Sabão

BANHEIRO Paredes/azulejos Pias Vaso sanitário Piso · Repor o material consumo (papel higiênico, sabão, toalhas de papel, sabonete, etc.); · Retirar as luvas; · Lavar as mãos.		

11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ANVISA. Segurança do paciente em serviços de saúde, limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, 2012

2. APECIH. Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e antissepsia. 1999. BRASIL. Ministério da Saúde. Processamento de artigos e superfícies. Brasília, 1994.

3. COUTO, R.C. Infecção hospitalar epidemiologia e controle. MEDSI, 1997. GDF. SESDF. Manual de procedimentos ambientais. Vol. II - 1988.

4. OLIVEIRA, A.C. Infecção hospitalares abordagem, prevenção e controle. MEDSI, 1998. PIMENTEL, A.C. Processamento de artigos e superfícies.

5. RODRIGUES, E. A. C. Infecções hospitalares prevenção e controle. SARVIER, 1997. STIER, C. J. N. Manual prático em controle de infecção hospitalar. NETSUL, 1996.

6. STIER, C. J. N. Rotinas em controle de infecção hospitalar. NETSUL, 1995. Disponível em: <www.ccih.med.br>.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA

1. OBJETIVO

Padronizar medidas para prevenção de infecção de corrente sanguínea, relacionada à assistência de enfermagem, nas unidades de atendimento da Unidade de Terapia Intensiva.

2. LOCAL DE EXECUÇÃO

Unidade de Internação

3. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e técnicos de laboratório

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Avental estéril manga longa;

- Luva estéril;

- Máscara;

- Gorro;

- Óculos;

- Clorexidina.

5. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

AVC – Acesso Venoso Central

AVP – Acesso Venoso Periférico

CTI – Cateter Totalmente Implantado

CVC – Cateter Venoso Central

ICS – Infecção da Corrente Sanguínea

IV – Intravenoso

MMII – Membros Inferiores

MMSS – Membros Superiores

NPT – Nutrição Parenteral

PICC – Cateter Venoso de Inserção Periférica

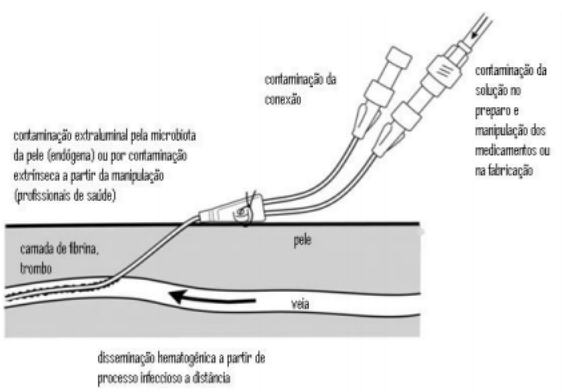
SF – Solução Fisiológica

UI – Unidade de Internação

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1 DESCRIÇÃO

O acesso vascular, central ou periférico, é feito por meio da ruptura da integridade da pele e do sistema vascular, e está relacionado a complicações infecciosas loco regionais (celulite periorificial, flebite e tromboflebite infecciosas), ICS e em outros órgãos (disseminação hematogênica).



A frequência dessas complicações está relacionada:

- Ao local da punção;
- A duração do acesso;
- A qualidade do cateter utilizado na punção;
- Às técnicas de assepsia utilizadas para a realização do procedimento e para manutenção do cateter;
- Aos cuidados de fixação e manutenção do cateter;
- À suscetibilidade do paciente;

- À habilidade técnica da equipe que realiza o procedimento.

Ao selecionar o cateter mais adequado para cada tipo de paciente, no momento da punção o profissional deve atentar-se:

- Ao propósito e duração da terapia que o paciente irá receber, bem como as exigências existentes para sua realização;
- Ao tipo de acesso que será utilizado;
- Ao volume e tipo de solução que será administrado;
- Às possibilidades de complicação existentes na relação acesso x terapia.

Quanto à qualidade dos cateteres utilizados na punção, o profissional deve atentar-se:

- Biocompatibilidade e bioestabilidade;
- Hemocompatibilidade;
- Radiopacidade;
- Trombo resistência;
- Adesão bacteriana;
- Segurança do paciente.

CARACTERISTICAS	INTEGRIDADE ESTRUTURAL	RESISTÊNCIA A DOBRAS	TROMBOGENICIDADE	ADERÊNCIA BACTERIANA	IRRITAÇÃO MECÂNICA	BIOESTABILIDADE
AÇO	BOA	-	MÉDIA	BAIXA	ALTA	NENHUMA
POLIETILENO	BOA	REGULAR	ALTA	ALTA	ALTA	RUIM (24 horas)
POLIURETANO	BOA	BOA	BAIXA	BAIXA	BAIXA	BOM (6 meses)
PVC	DURA FLEXÍVEL	REGULAR	ALTA	ALTA	ALTA	RUIM (24 horas)
SILICONE	BOA (ressalvas)	MUITO BOA	BAIXA	MAIS BAIXA	MAIS BAIXA	EXCELENTE (2 - 3 anos)
TEFLON	BOA	BOA	ALTA	MÉDIA	MÉDIA	REGULAR (72 horas)

Ref. Controvérsias em terapia de infusão. Larson, SD

6.2. TÉCNICA PARA CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

- Em uma bandeja prepare o material necessário para o procedimento;
- Leve o material ao quarto do paciente;

- Confirme os dados do paciente (nome completo, data de nascimento e nome da mãe) e o procedimento a ser realizado;
- Explique o procedimento que será realizado, esclarecendo possíveis dúvidas sobre a indicação e a função da punção venosa;
- Higienize as mãos de acordo com a técnica;
- Após verificar as condições das veias por meio de palpação, escolha o local mais adequado para realização do cateterismo venoso;
- Calce as luvas de procedimento;
- Garroteie o membro que será puncionado;
- Solicite ao paciente que mantenha o braço imóvel;
- Localize o acesso;
- Faça a antissepsia do local utilizando Álcool 70% ou Clorexidina Alcoólica 0,5%;
- Tracione a pele do local selecionado;
- Com o bisel voltado para cima, em um ângulo de 30 – 45°, introduza o cateter venoso na pele do paciente;
- Após o retorno venoso, mantenha a agulha imóvel e introduza o restante do cateter
- Remova a agulha;
- Retire o garrote;
- Conecte o dispositivo previamente preenchido com SF 0,9%;
- Injete a SF 0,9% para permeabilizar o acesso;
- Durante a infusão da solução observe se há sinais de infiltração no local da punção, queixas de dor ou desconforto no momento da infusão.

OBS: caso haja algum desses sinais, o cateter deve ser retirado e a uma nova punção realizada em local diferente.

- Fixe o dispositivo com filme transparente, micropore ou esparadrapo;

- Recolha na bandeja o lixo;
- Retire as luvas de procedimento;
- Higienize as mãos;
- Identifique o acesso com data, hora e nome do profissional responsável pelo procedimento;
- Oriente o paciente sobre os cuidados para a manutenção do acesso;
- Descarte adequadamente o lixo;
- Cheque e anote o procedimento.

6.3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVOS VENOSOS

- AVP:

- Após insucesso em 2 tentativas, solicitar outro profissional que tente realizar a punção;

- Avaliar o óstio do acesso a cada troca de plantão, verificando a presença de sinais flogísticos;

- Em pacientes adultos deve-se inserir o cateter nas veias da superfície ventral e dorsal dos MMSS, evitando acesso nos MMII devido ao risco de tromboflebite;

- Em pacientes pediátricos, se houver dificuldade de acesso nos MMSS, também podem ser incluídas as veias da cabeça, do pescoço e de MMII;

- Evitar proximidade entre o local da nova punção e da punção anterior;

- Higienizar as mãos antes e após apalpar, inserir, tocar ou trocar qualquer dispositivo;

- Manter dispositivo bem fixado e com a cobertura indicada para cada tipo de acesso;

- Manter o sistema fechado, usando o injetor lateral para administração de medicamentos;

- Membros com fístula arteriovenosa não deve ser puncionado;

- Membros puncionados devem ser evitados no momento da aferição dos SSVV;

- Não perfurar "suspiros" com agulhas ou outros meios, pois o sistema deve possuir filtro microbiológico e deve permanecer fechado;

- Não puncionar membro do mesmo lado de mastectomia;

- Não puncionar veias esclerosadas;

- No momento da punção, escolha o material mais adequado para cada paciente considerando o tipo e a duração da terapia: cateter curto tipo "jelco" (poliuretano ou teflon) ou agulha de aço;

- Pacientes com indicação de PICC devem ter os membros preservados para punção;

- Realizar assepsia do injetor com 3 fricções de álcool 70% antes de acessar o sistema e aguardar secar para conectar a seringa ao sistema;

- Remover o acesso periférico a qualquer momento se sinais de flebite (calor, eritema, dor e cordão venoso palpável);

- Soluções com risco de lesão tissular em caso de extravasamento não devem ser administradas com a utilização de agulha de aço;

- Avaliar diariamente a necessidade de permanência do AVP.

- AVC:

- A decisão sobre o local de punção deve considerar as dificuldades técnicas e o risco de complicações;

- Aplicar checklist durante a passagem do CVC;

- Após a inserção do cateter, realizar a fixação com pontos cutâneos usando recursos do dispositivo;

- Avaliar o óstio do acesso a cada troca de plantão, verificando a presença de sinais flogísticos;

- Deve ser retirado assim que não houver mais indicação clínica;

- Higienizar as mãos antes e após manuseio do cateter;

- Manter dispositivo com a cobertura indicada para cada tipo de acesso;

- Manter o sistema fechado, usando o injetor lateral para administração de medicamentos;

- Membros puncionados devem ser evitados no momento da aferição dos SSVV;

- Não perfurar "suspiros" com agulhas ou outros meios, pois o sistema deve possuir filtro microbiológico e deve permanecer fechado;

- Nunca utilizar cateteres que não sejam específicos para o uso vascular (ex: sonda uretral);

- Preferir cateteres confeccionados com material mais flexível e biocompatível (silicone ou poliuretano);

- Preferir o local de AVC de curta permanência: veias subclávias, veias jugulares e veias femorais;

- Realizar antissepsia das mãos e técnica de barreira máxima para inserção de cateter central;

- Realizar assepsia do injetor com 3 fricções de álcool 70% antes de acessar o sistema e aguardar secar para conectar a seringa ao sistema;

- Usar cateter de única via, a menos que seja indicado um cateter de múltiplas vias para o tratamento;

- Avaliar diariamente a necessidade de permanência do AVC.

6.4. ORIENTAÇÕES PARA TROCA DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

- Adultos:

- 72 – 96 horas para pacientes com facilidade de acesso;

- A decisão de manter o cateter por mais de 96 horas dependerá da avaliação do cateter, da integridade da pele, da duração e tipo de terapia;

- A decisão de manter o cateter deve ser documentada e justificada no prontuário do paciente.

- Neonatos e Pediátricos:

- O cateter não deve ser removido rotineiramente;

- O cateter deve ser mantido até o fim da terapia IV sempre que não houver contraindicação ou complicações.

6.5. ORIENTAÇÕES PARA TROCA DO ACESSO VENOSO CENTRAL

- Não deve ser trocado rotineiramente;

- Não há recomendação para troca periódica do CVC para prevenção de infecção, sendo a troca indicada sempre que houver presença de sinais de infecção local e/ou sinais de mau funcionamento;

- O cateter colocado em circunstâncias de emergência deve ser trocado dentro de 24 horas pela possibilidade de falha de técnica asséptica;

- Pacientes que apresentarem febre sem causa aparente devem ter o cateter trocado, com coleta de hemoculturas;
- Remover, obrigatoriamente, o cateter sempre que houver sinal ou sintoma de flebite ou celulite periorificial (considerar a dor como sinal precoce de infecção).

6.6. RECOMENDAÇÕES PARA TROCA DO EQUIPO

- Infusões Contínuas: a cada 72 – 96 horas;
- Infusões Intermitentes: a cada 24 horas;
- NPT: a cada 24 horas;
- Emulsões lipídicas: 24 horas;
- Sangue e Hemocomponentes: 24 horas.

6.7. CURATIVO

- 24 horas após a inserção do cateter o curativo deve ser realizado com filme transparente com placa de gluconato de clorexidina (CHG), pois possui ação antimicrobiana e permite a inspeção do óstio do acesso;
- A troca do curativo deve ser diária quando convencional e a cada 7 dias quando utilizado CHG;
- Curativos úmidos e/ou com presença de secreções devem ser trocados sempre que necessário;
- Deve-se evitar molhar, sujar ou contaminar o curativo;
- Deve-se manter curativo convencional (gaze estéril e micropore) nas primeiras 24 horas após inserção do cateter;
- Evitar fazer curativo volumoso quando houver necessidade de utilização de gaze estéril para não prejudicar a avaliação diária do local de inserção;
- Identificar curativo com data, hora e nome do profissional responsável em local de fácil visualização;
- Manter curativo estéril cobrindo o sítio de inserção;

- Não usar pomadas à base de antibióticos ou antissépticos;
- Orientando o paciente que o banho só poderá ser feito após proteção do curativo e do cateter e suas conexões;
- Realizar higiene das mãos antes e após apalpar, trocar ou fazer o curativo do dispositivo.

6.8. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Avaliar diariamente a necessidade de permanência do AVP e do AVC;
- Aplicar o checklist de passagem de cateter durante o processo de passagem do AVC, preenchendo corretamente todos os itens contidos no formulário e sinalizando qualquer intercorrência;
- CATETER CENTRAL: priorizar o acesso subclavicular em relação ao sítio femoral ou jugular caso não haja contraindicação por risco de outras complicações não infecciosas;
- Dar preferência a soluções alcoólicas ou aquosas a base de clorexidina para realização de antissepsia;
- Dar preferência a soluções degermante a base de clorexidina 2% ao realizar degermação da pele antes da inserção do cateter;
- Designar equipe treinada e específica para inserção CTI, CVC e PICC;
- Manipular o sítio de inserção do cateter periférico antes da aplicação de antissépticos, exceto quando a técnica asséptica for mantida;
- MMSS devem ser priorizados na inserção de AVP, evitando locais de dobras;
- Não usar antimicrobianos sistêmicos como rotina para prevenção de colonização ou infecção de corrente sanguínea;
- O cateter inserido em caráter de emergência, sem condições ideais de antissepsia, devem ser trocados em até 24 horas;
- O uso de luvas não dispensa a realização da higienização/antissepsia das mãos;
- Realizar a antissepsia da pele com solução antisséptica antes de proceder a coleta de amostra para hemocultura e ponta de cateter para cultura;
- Realizar higienização das mãos na manipulação e a antissepsia antes do processo de passagem de cateteres de acordo com o padrão recomendado;

- Realizar troca de AVC e AVP sempre que houver presença de sinais flogísticos (hiperemia, calor, edema e dor);
- Realizar troca do curativo sempre que este apresentar sujidade;
- Remover o cateter assim que não for mais essencial para a realização do tratamento;
- Salinizar AVC e AVP antes e após administração de medicamentos;
- Usar gaze ou curativo estéril transparente semipermeável para cobrir o sítio de inserção dos cateteres;
- Utilizar cateteres centrais com menor número de lumens possível conforme necessidade do tratamento;
- Utilizar técnica asséptica para inserção de cateter central que inclui capote estéril de mangas longas, máscara, gorro, luva estéril e campo estéril expandido, cobrindo grande parte da superfície corpórea, perto do local de inserção.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agosto, 2013

2. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC nº 45 de 12 de março de 2003. Disponível em: <htpp://www.anvisa.gov.br>.

3. BRASIL. ANVISA. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços. Unidade de investigação e prevenção das infecções e dos efeitos adversos - UIPEA. Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrrente Sanguinea. Brasília-DF: 2013.

4. BRASÍLIA. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Hospital Regional de Taguatinga. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Módulo Básico I: controle de infecção hospitalar. Brasília, 2014.

5. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelines for the prevention intravascular catheter – related infections. Atlanta, 2002. Disponível em: <http://www.cdc.gov>.

6. INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter. Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Disponível em: <http://www.idsociety.org>.

7. UNIFESP. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. Hospital universitário da UNIFESP. Procedimento operacional padrão: punção venosa periférica. São Paulo, 2015. Disponível em:

<http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2015/vascular/POP_Puncao_venosa.pdf>.

8. RAAD II, Hohn DC, Gilbreth J, et al. Prevention of Central Venous cathete-related infections by using maximal sterile barrier precautions during insertion. Infect Control Hosp Epidemiol. 1994,15: 231-38.

VIGILÂNCIA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais da Unidade de Terapia Intensiva sobre o processo de vigilância de pacientes colonizados por microrganismos multirresistentes e os cuidados a serem adotados.

2. LOCAL DE EXECUÇÃO

Unidade de Internação

3. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

SCIRAS

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Não se aplica

5. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

µ - Micra

BIC – Bomba de Infusão Contínua

BMR – Bactérias Multirresistentes

CVC - Cateter Venoso Central

ESBL – Germes produtores de beta-lactamase de espectro estendido HD - Hemodiálise

IRAS – Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

MMR – Microrganismos Multirresistentes

MRSA – Staphylococcus aureus resistente à oxacilina

NCIH – Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar

PICC – Cateter Central de Inserção Periférica

PPA – Precaução por aerossóis

VISA – Staphylococcus aureus com sensibilidade intermediária à vancomicina VRE – Enterococcus faecium ou faecalis com sensibilidade intermediária / resistente à vancomicina

VRSA - Staphylococcus aureus resistente à vancomicina

PPC – Precaução de Contato

PPG – Precaução por Gotículas

PP – Precaução Padrão

SSVV – Sinais Vitais

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A persistência dos MMR intra-hospitalares, particularmente as bactérias, está ligada ao ambiente de pressão seletiva induzida pelo uso indiscriminado de antimicrobianos e à presença de pacientes vulneráveis à colonização e infecção, especialmente aqueles com imunidade prejudicada como os submetidos a cirurgias recentes ou em uso de dispositivos invasivos; já a propagação destes patógenos resistentes no ambiente intra-hospitalar é basicamente por contato, seja ele direto (paciente) ou indireto (veiculado pelos profissionais de saúde ou artigos hospitalares não críticos).

A caracterização de uma BMR depende de fatores clínicos, epidemiológicos e microbiológicos. Qualquer alteração do padrão de resposta ao tratamento usual de uma infecção ou dos resultados dos testes de sensibilidade antimicrobiana de uma espécie de microrganismos deve ser avaliada quanto à necessidade de medidas especiais de controle de transmissão. Dentro deste conceito, temos três situações:

- Bactérias multirresistentes: resistentes a três ou mais classes de antimicrobianos habitualmente sensíveis e/ou bactérias resistentes a pelo menos um tipo de carbapenêmico;
- Bactérias pan-resistentes: resistentes a todas as classes de antimicrobianos;
- Bactérias de resistência ampliada: resistente a todas as classes de antimicrobianos testadas, exceto a um tipo de antimicrobiano.

Considera-se colonizado qualquer paciente que possui cultura positiva para BMR, mas não possui sinais ou sintomas de infecção causada pelo microrganismo. Cada BMR coloniza, geralmente, sítios específicos e a pessoa colonizada pode transferir o microrganismo para outras pessoas, atuando como portador transitório ou persistente:

- Portador persistente: pessoa que está persistentemente colonizada pelo BMR, em um ou mais sítios, podendo a colonização persistir por um tempo variável (semanas, meses ou anos);
- Paciente infectado: paciente que apresenta evidência clínica ou laboratorial de doença causada por BMR.

Reservatório é definido como o local onde a BMR subsiste, multiplica e/ou permanece continuamente. No hospital, o principal reservatório de BMR é o paciente colonizado/infectado por esse agente. A introdução de BMR num hospital ocorre mais comumente por meio da admissão de um paciente colonizado ou infectado que atua como reservatório.

O local onde o BMR está presente ao se transferir para o hospedeiro é chamado de fonte de micro-organismo, não sendo, necessariamente, esse local a fornecer condições para a permanência contínua do agente. As mãos dos profissionais que prestam assistência são as principais fontes de BMR, pois ao cuidar de um paciente colonizado ou infectado o profissional torna-se portador da bactéria em suas mãos. Alguns fatores aumentam a probabilidade de exposição ao BMR: hospitalização prolongada, restrição ao leito com total dependência da equipe, internação em setores onde BMR é frequente, internação em leito próximo a um paciente com BMR, etc.

6.1. RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISA DE BMR

Todos os pacientes admitidos na unidade seguindo os seguintes critérios:

- Paciente procedente de outra unidade de saúde, pública ou privada, com tempo de permanência ≥ 48horas;
- Tempo de permanência em outra instituição desconhecido;
- Paciente procedente de unidade de hemodiálise, pública ou privada, ou com histórico de realização de HD nos últimos três meses;
- Paciente com histórico de internação ≥ 48 horas nos últimos 3 meses;
- Pacientes procedente de "Home-Care";
- Paciente com histórico de tratamento em hospital dia nos últimos três meses;
- Pacientes procedentes de outras unidades dentro da mesma instituição com histórico de internação ≥ 48 horas.

6.2. ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE

- Identificação do paciente com BMR:

- realizar a vigilância laboratorial na admissão em todos os pacientes provenientes de setores de risco;

- identificar o prontuário do paciente, por meio de alerta e na evolução diária, indicando o tipo de BMR e a precaução a ser adotada.

- Coleta microbiológica:

SWAB NASAL

- umedecer o swab em solução fisiológica estéril e introduzi-lo na porção anterossuperior de uma das narinas;

- realizar movimentos giratórios delicados e deslizá-lo lateralmente pela asa nasal interna;

- repetir o procedimento na outra narina utilizando o mesmo swab;

- enviar o swab ao laboratório rapidamente (não mais que 2 horas).

SWAB RETAL

- usar swab de algodão, certificando-se de que a ponta da haste que suporta o algodão está bem revestida;

- umedecer o swab em salina estéril (não usar gel lubrificante) e inserir no esfíncter retal até cobrir todo o algodão, fazendo movimentos rotatórios; - retirar certificando-se de que existe coloração fecal no algodão;

- identificar a amostra e enviar imediatamente ao laboratório (não mais que 2 horas).

SECREÇÃO/ASPIRADO TRAQUEAL

- a coleta deste material é realizada em pacientes entubados utilizando uma sonda de aspiração;

- não injetar solução fisiológica;

- enviar a amostra coletada imediatamente ao laboratório, em frasco estéril seco ou na própria seringa utilizada para aspiração, em um período não maior que 2 horas;

- não enviar a ponta da sonda utilizada para aspiração;

- rotular na identificação e no pedido que é "Cultura de vigilância".

Período não maior que 2 horas.

6.3. BMR DE IMPORTÂNCIA NOSOCOMIAL

- Staphylococcus aureus com resistência total à oxacilina (MRSA);
- Enterococcus faecium ou faecalis com resistência total à vancomicina (VRE);
- Germes produtores de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL);
- Enterobactérias resistentes a carbapenêmicos: pesquisa específica de enterobactérias produtoras de carbapenemases e/ou possíveis produtoras de metalo-betalactamases;
- Acinetobacter spp e Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenêmicos e/ou aminoglicosídeos;
- Clostridium difficile nas fezes, na vigência de diarreia volumosa, permanecer em precaução de contato até a alta (uma vez que não dispomos de pesquisa de toxinas A e B).

OBS: pacientes colonizados/infectados por germes gram-negativos deverão permanecer em isolamento até alta hospitalar, não devendo haver coleta de SWAB semanal.

6.4. INTERPRETAÇÃO E VIGILÂNCIA

Caso haja isolamento de alguma BMR listada no item 3, deve-se instituir as medidas de precaução necessárias, cabendo ao médico assistente iniciar, ou não, a terapia antimicrobiana.

*A situação de SURTO sempre será determinada e declarada formalmente pelo NCIH.

6.5. ORIENTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS

- Os setores que receberão pacientes em isolamento/precaução deverão sempre ser sinalizados antes que está ocorra para que os profissionais possam adotar todas as medidas necessárias.
- Áreas críticas: os pacientes devem permanecer em precaução de contato até o momento da alta hospitalar. Caso o paciente permaneça por um período superior a 90 dias, deverão ser coletados 2 swabs retais de controle em dias alternados, caso os 2 resultados sejam negativos a precaução deverá ser suspensa.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. BRASÍLIA. ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. ANVISA: Brasília, p. 141-151. 2013.

2. BRASÍLIA. SESDF. Manual de prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2014. 91p.

3. BRASÍLIA. SESDF. HRT. NCIH. Coleta de hemocultura, urocultura, ponta de cateter, swabs de admissão (ocular, nasal e anal), fragmento de tecido e líquor. Brasília, 2016.

4. BRASÍLIA. SESDF. HRT. NCIH. Memorando nº 63: coleta de swabs de vigilância. Brasília, 23 jun. 2015

BRASIL. ANVISA. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Modulo 4: Procedimentos Laboratoriais: da requisição do exame a análise microbiológica e laudo final/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2013

5. MATO GROSSO. SESMT. SCIH. Medidas recomendadas para a admissão de pacientes provenientes de outras instituições na prevenção de infecção hospitalar ou infecção relacionada à assistência à saúde.

6. SÃO PAULO. FMUSP - Hospital das Clínicas e Hospital Sírio Libanês. Medidas básicas para prevenção e controle de bactérias multirresistentes em ambiente hospitalar. 2016.

PRECAUÇÃO PADRÃO E PRECAUÇÃO ADICIONAIS

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais sobre as medidas de precaução padrão e adicionais e padronizar os cuidados a serem adotados com os pacientes que se encaixarem nos critérios para adoção dessas medidas.

2. LOCAL DE EXECUÇÃO

Todas as unidades de internação

3. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

Todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Capote;

Máscara cirúrgica;

Máscara N95;

Óculos;

Luvas;

Água e sabão;

Álcool-gel;

Fita adesiva nas cores amarela e vermelha.

5. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

BIC – Bomba de Infusão Contínua;

CVC - Cateter Venoso Central;

IRAS – Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

MMR – Microrganismos Multirresistentes;

NCIH – Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar;

PICC – Cateter Central de Inserção Periférica;

PPA – Precaução por Aerossóis;

PPC – Precaução de Contato;

PPG – Precaução por Gotículas;

PP – Precaução Padrão;

RSS – Resíduos de Serviços de Saúde;

SSVV – Sinais Vitais.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Define-se como MMR os microrganismos resistentes a uma ou mais classes de antimicrobianos utilizados para tratamento. Os MMR são transmitidos pelas mesmas vias dos demais microrganismos, sendo as mãos dos profissionais que prestam assistência à saúde sua principal via de transmissão.

A distinção da área do paciente e da área da assistência é essencial para o entendimento de que as duas superfícies possuem potencial para a troca de microrganismos e a subsequente disseminação de patógenos multirresistentes. O ponto fundamental é:

- Cada paciente, os objetos e as superfícies em sua volta devem ser considerados como uma unidade individualizada, a área do paciente.
- A área do paciente é considerada contaminada.

6.1 TIPOS DE PRECAUÇÃO

A prevenção e o controle da dispersão dos microrganismos nas instituições de saúde exigem o estabelecimento e a manutenção das precauções e isolamentos. As precauções dividem-se em dois grupos: padrão e adicionais.

- **Precaução Padrão (PP):**

Medida adotada com o intuito de interromper a transmissão de microrganismos, sendo destinadas à proteção do paciente e do profissional da saúde.

A precaução padrão é obrigatória e deve ser adotada por todos os profissionais envolvidos na assistência de qualquer usuário do serviço de saúde, independente do diagnóstico ou suspeita diagnóstica. É indicada sempre que houver risco de contato com sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, pele lesionada e mucosa do paciente.

Descrição:

- Higienização das mãos com água e sabão/álcool 70%;

- Luvas;

- Avental descartável;

- Óculos;

- Máscara;

- Caixa de perfurocortante;

Observações:

- A utilização de luvas não descarta a necessidade de higienização das mãos;

- A higienização das mãos é obrigatória e deve obedecer aos 5 momentos;

- O uso da luva é obrigatório sempre que houver risco de contato das mãos com sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções, pele lesionada e mucosa do paciente;

- O uso do avental é indicado sempre que houver risco de respingo/contaminação das roupas do profissional com sangue e/ou líquidos corpóreos;

- A utilização máscara e óculos são indicados sempre que houver risco de respingos de material biológico nos olhos, nariz e boca durante a realização da assistência ao paciente, manuseio de equipamentos e materiais contaminados;

- O avental e a máscara cirúrgica devem ser descartados adequadamente após a utilização;

- O uso do avental e da máscara cirúrgica é único e deve ser trocado a cada paciente;

- Após a utilização, os óculos devem ser higienizados com água e detergente e, após secarem, devem ser desinfetados com álcool 70%;

- A sequência correta para paramentação é:

1° higiene das mãos;

2° avental;

3ª máscara;

4° óculos;

5° luvas.

- A sequência correta para desparamentação é:

1° luvas;

2° avental;

3° máscara;

4° óculos;

5° higienização das mãos.

- **Precauções Adicionais:**

Medidas adotadas durante a assistência a pacientes suspeita ou confirmação diagnóstica de infecção ou colonização por patógenos de importante transmissão. Devem ser associadas à precaução padrão e classificam-se em:

a. Precaução por Aerossóis (PPA):

É indicada quando o paciente está com suspeita ou confirmação de infecção causada por microrganismos transmitidos por via inalatória (partículas menores que 5µ) e que se disseminam a longa distância pelo ar, permanecendo suspensos por horas.

Descrição:

- Higienização das mãos;

- Máscara PFF2 (N-95) para o profissional durante a assistência ao paciente;

- Máscara cirúrgica para o paciente durante o transporte e toda sua permanência fora do quarto;

- Quarto privativo.

Observações:

- Deve-se manter a precaução padrão;

- O paciente deve ser colocado em quarto privativo;

- Caso não haja disponibilidade de quarto privativo, o paciente deve ser colocado com outros pacientes que tenham infecção pelo mesmo microrganismo;

- O leito do paciente deve ser sinalizado com o tipo de precaução;

- A precaução, bem como seu início e duração, deve ser evidenciada no prontuário do paciente (prescrição médica e de enfermagem);

- Toda a equipe deve ser informada sobre a infecção do paciente e a precaução adotada;

- A máscara PFF2 (N-95) deve ser armazenada em saco plástico com furos;

- A validade da máscara PFF2 (N-95) dependerá de sua saturação e do seu perfeito ajuste ao rosto do profissional;

- O descarte das máscaras deve ser realizado no lixo infectante;

- O transporte do paciente deve ocorrer somente quando necessário, devendo este estar utilizando, obrigatoriamente, máscara cirúrgica;

- Os profissionais que acompanham o paciente durante o transporte deverão utilizar a máscara PFF2 (N-95);

- O setor que receberá o paciente em PPA deve ser comunicado com antecedência para preparo da unidade e da equipe;

- As superfícies e os equipamentos próximos ao leito do paciente devem sofrer limpeza e desinfecção concorrente (diária) conforme a rotina da instituição;

- O material de limpeza deve ser exclusivo;

- A higienização das mãos é obrigatória e deve obedecer aos 5 momentos.

b. Precaução por Contato (PPC):

É indicada quando o paciente for colonizado ou possuir infecção, suspeita ou confirmada, por patógenos de importante transmissão por contato direto e indireto.

Descrição:

- Higienização das mãos;

- Avental descartável;

- Luvas;

- Equipamentos individuais;

- Quarto privativo.

Observações:

- Deve-se manter a precaução padrão;

- Caso não haja disponibilidade de quarto privativo, o paciente deve ser colocado com outros pacientes que tenham infecção pelo mesmo microrganismo e a distância mínima entre os leitos deverá ser de 1 metro;

- O leito do paciente deve ser sinalizado com o tipo de precaução. No hospital os pacientes portadores de BMR serão identificados com um adesivo vermelho no chão, delimitando a área do leito.

- Os pacientes provenientes de outros hospitais, onde permaneceram por mais de 48h, e que estão aguardando os resultados das culturas de vigilância admissionais, serão identificados com um adesivo amarelo no chão, delimitando a área do leito. Esse adesivo será retirado quando as culturas vierem negativas, ou será trocado por adesivo vermelho caso alguma cultura venha positivar para BMR;

- A precaução, bem como seu início e duração, deve ser evidenciada no prontuário do paciente (prescrição médica e de enfermagem);

- Toda a equipe deve ser informada sobre a infecção do paciente e a precaução adotada;

- A utilização de luvas não descarta a necessidade de higienização das mãos;

- A higienização das mãos é obrigatória e deve obedecer aos 5 momentos;

- O uso da luva é obrigatório sempre que houver contato com o paciente, contato com equipamentos utilizados pelo paciente e superfícies próximas ao paciente;

- Equipamentos biomédicos (BIC, equipamentos de monitorização) e equipamentos utilizados na verificação de SSVV devem ser individualizados para o paciente;

- O uso do avental descartável e luvas é obrigatório sempre que for realizar procedimento que provoque contato com o paciente;

- Evitar tocar desnecessariamente no paciente, equipamentos e superfícies próximas;

- Retirar as luvas e o avental imediatamente após contato com o paciente;

- O avental deve ser retirado na técnica correta, fazendo com que a parte contaminada fique para dentro;

- As luvas e o avental devem ser desprezados no lixo infectante;

- A limpeza deve ser realizada com água e sabão seguida da desinfecção da unidade do paciente;

- A desinfecção do piso deve ser realizada com hipoclorito a 1%, no mínimo 2 vezes ao dia;

- As superfícies e os equipamentos devem ser desinfetados com 3 fricções com álcool 70% no mínimo 2 vezes ao dia;

- O material de limpeza deve ser exclusivo;

- O transporte do paciente deve ocorrer somente quando necessário, devendo o profissional estar paramentado, obrigatoriamente, com avental descartável e luvas;

- O setor que receberá o paciente em PPC deve ser comunicado com antecedência para preparo da unidade e da equipe.

c. Precaução por Gotículas (PPG):

É indicada para a assistência ao paciente com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por via inalatória (patógenos maiores que 5µ) e que se disseminam a curta distância (aproximadamente 1 metro).

Descrição:

- Higienização das mãos;

- Máscara cirúrgica para o profissional durante a assistência ao paciente;

- Máscara cirúrgica para o paciente durante o transporte e toda sua permanência fora do quarto;

- Quarto privativo.

Observações:

- Deve-se manter a precaução padrão;

- O paciente deve ser colocado em quarto privativo;

- Caso não haja disponibilidade de quarto privativo, o paciente deve ser colocado com outros pacientes que tenham infecção pelo mesmo microrganismo;

- O leito do paciente deve ser sinalizado com o tipo de precaução;

- A precaução, bem como seu início e duração, deve ser evidenciada no prontuário do paciente (prescrição médica e de enfermagem);

- Toda a equipe deve ser informada sobre a infecção do paciente e a precaução adotada;

- Realizar a higiene das mãos antes de colocar a máscara;

- A máscara deve ser posicionada de maneira que cubra totalmente o nariz e a boca;

- A máscara deve ser utilizada sempre que a aproximação do paciente for ≤ 1 metro;

- A máscara deve ser retirada com cuidado para que não haja contaminação e desprezada no lixo infectante;

- O transporte do paciente deve ocorrer somente quando necessário, devendo este estar utilizando, obrigatoriamente, máscara cirúrgica;

- Os profissionais que acompanham o paciente durante o transporte deverão utilizar a máscara cirúrgica;

- O setor que receberá o paciente em PPG deve ser comunicado com antecedência para preparo da unidade e da equipe;

- As superfícies e os equipamentos próximos ao leito do paciente devem ser higienizados e desinfetados diariamente, conforme a rotina da instituição;

- O material de limpeza deve ser exclusivo.

6.2 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A higienização das mãos é a maneira individual mais fácil e prática para prevenir a proliferação das IRAS. Por tratar-se de um procedimento indispensável na assistência prestada pela equipe

de saúde e abranger melhor o procedimento, o termo 'lavagem das mãos' foi substituído por 'higienização das mãos'.

O procedimento divide-se em:

- Fricção antisséptica das mãos:

- Principal maneira de higienização das mãos;

- Fricção das mãos com preparação alcoólica gel, líquida ou espuma. Seu objetivo é reduzir a carga microbiana das mãos sem a necessidade de água e papel-toalha;

- É indicada na ausência de sujidades visíveis nas mãos;

- 5 momentos: antes de tocar no paciente; antes da realização de procedimento asséptico; após risco de exposição a fluidos corporais; após contato com o paciente e após contato com as áreas próximas ao paciente.

- Higienização simples das mãos:

- Lavagem básica das mãos com uso de água e sabonete;

- Seu objetivo é remover os microrganismos que colonizam a superfície da pele;

- Deve ser utilizada quando: houver sujidade e/ou contaminação visível das mãos; antes e após contato com paciente colonizado ou infectado por Clostridium difficile; após utilizações consecutivas de preparações alcoólicas; antes e após o uso do banheiro; antes e após as refeições e antes do preparo de alimentos.

- Higienização antisséptica das mãos:

- Lavagem das mãos com água e antisséptico degermante;

- Seu objetivo é remover sujidades e microrganismos como forma de reduzir a microbiota das mãos;

- É indicada para os profissionais da equipe de saúde e áreas de apoio que tiverem contato com pacientes em PPC e nas unidades com surto de IRAS.

- Antissepsia cirúrgica das mãos:

- Higienização das mãos com água e antisséptico degermante com auxílio de escova;

- Também é conhecida como preparo pré-operatório das mãos;

- Seu objetivo é eliminar a microbiota transitória da pele, reduzindo a quantidade de colônias residentes;

- Proporciona efeito residual do antisséptico na pele;

- Deve ser realizada antes de qualquer procedimento cirúrgico, sendo indicada para todos os profissionais que irão compor a equipe cirúrgica;

- Também é indicada antes da realização de procedimentos invasivos: inserção de CVC, PICC, punção lombar, drenagem de cavidades, instalação de diálise, pequenas suturas, endoscopias.

Esse procedimento é indicado para todos os profissionais que compõem a equipe de saúde e/ou têm contato com o paciente durante sua permanência no serviço de saúde.

ATENÇÃO: a utilização de luvas não dispensa a necessidade da realização da higiene das mãos!

6.3. MANEJO DE PERFUROCORTANTES

De acordo com a RDC n° 22/2018 os RSS são definidos como todos aqueles resíduos resultantes das atividades exercidas por estabelecimentos cujas atividades estão relacionadas com a atenção à saúde, humana ou animal, e são classificados em 5 grupos distintos:

Grupo A: resíduos com presença de agentes biológicos que podem apresentar risco de infecção.

Grupo B: resíduos com presença de produtos químicos que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente.

Grupo C: resíduos radioativos.

Grupo D: resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde e ao meio ambiente.

Grupo E: resíduos perfurocortantes ou escarificantes.

São classificados como perfurocortantes e/ou escarificantes aqueles objetos que contenham cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas/agudas com capacidade de cortar e/ou perfurar.

Destacam-se como resíduos do grupo e as lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, fios ortodônticos cortados, próteses bucais metálicas inutilizadas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados do laboratório.

O descarte dos resíduos pertencentes a este grupo deve ocorrer da seguinte maneira:

- Objetivando minimizar as possibilidades de erro, o recipiente destinado ao acondicionamento destes resíduos deve conter a identificação dos riscos presentes;

- Para segurança dos coletadores e profissionais envolvidos em seu tratamento, os resíduos devem ser descartados em recipientes identificados, rígidos, com tampa e resistentes à punctura, ruptura e vazamento;

- Não existe tempo mínimo ou máximo para troca dos recipientes, devendo ser substituídos de acordo com a demanda, respeitando as instruções de seu fabricante ou quando atingir ¾ do seu nível de preenchimento;

- Em decorrência do risco de molhar e rasgar, não é recomendável que os recipientes de descarte fiquem em cima de pias;

- É proibido o esvaziamento manual e o reaproveitamento dos recipientes destinados ao descarte de perfurocortantes;

- Pelo risco de acidente e contaminação do profissional, o reencape manual das agulhas é proibido;

- A separação da seringa e agulha no momento do descarte só é permitido quando houver presença de dispositivo de segurança.

6.4. EQUIPE DE GESTÃO PARTICIPATIVA

A disseminação de bactérias multirresistentes é combatida com a disponibilidade de recursos (pessoal capacitado, material, estrutura física) e com a qualificação dos processos de trabalho. Esses processos são definidos, gerenciados e integrados por meio da equipe de gestão participativa da unidade ou setor.

Os principais instrumentos da gestão participativa são o planejamento ascendente e a educação permanente.

O compromisso coletivo é indispensável para o alcance da meta: 100% das vezes toda a equipe tenha 100% dos cuidados.

Todos os membros da equipe de saúde e apoio devem ser capacitados para a aplicação integral e contínua das precauções básicas e adicionais como parte do programa de educação permanente.

6.5. RECOMENDAÇÕES GERAIS

Manter em funcionamento adequado todas as unidades de higiene das mãos, sobretudo os pontos de dispensação de preparação alcoólica;

Revisar rotina de limpeza e desinfecção da unidade, principalmente de banheiros e sanitários coletivos;

Profissionais de outros setores devem ser orientados, observados, quanto à aplicação da precaução padrão e das precauções adicionais;

Identificar o prontuário do paciente com a necessidade e tipo de precaução,

Havendo necessidade de transportar ou transferir o paciente, o setor que irá recebê-lo deverá ser comunicado com antecedência possibilitando seu atendimento de forma rápida e com a adoção das devidas precauções;

Objetos utilizados no transporte devem passar por desinfecção.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. BRASÍLIA. SESDF. Manual de prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2014.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n° 222/2018 – Comentada. GRECS/GGTES/ANVISA. Brasília, 11 jun. 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ce>. Acesso em: 08 set. 2018.

INDICAÇÕES DE PRECAUÇÕES BASEADAS EM TRANSMISSÃO

Situações clínicas que requerem precauções empíricas.

TIPO DE PRECAUÇÃO	CONDIÇÃO CLÍNICA	POSSIBILIDADE DIAGNÓSTICA
Precauções para aerossóis	Exantema vesicular*	Varicela, Zoster
	Exantema maculopapular com febre e coriza	Varicela, Sarampo

	Tosse, febre, infiltrado pulmonar em paciente com HIV	Tuberculose
	Situação clínico/epidemiológica com suspeita de SARS/COVID/Gripe aviária	
Precauções para gotículas	Meningite	Doença Meningocócica
	Exantema petequial e febre	
	Tosse persistente paroxística ou severa durante períodos de ocorrência de coqueluche.	Coqueluche
Precauções de contato	Diarreia aguda e provavelmente infecciosa em pacientes incontinentes ou em uso de fralda.	Vírus/bactérias entéricas
	Diarreia em adultos com história de uso recente de antimicrobianos.	Clostridium difficile
	Exantema vesicular*	Varicela, Zoster disseminado
	Infecção respiratória (bronquiolite principalmente) em lactentes e ou crianças jovens.	Vírus Sincicial Respiratório Vírus Parainfluenza
	História de colonização ou infecção por bactéria MR	Bactéria multirresistente
	Abscessos ou feridas com drenagem de secreção não contida pelo curativo.	Bactéria multirresistente

* Condição que exige duas categorias de isolamento

RELAÇÃO DAS DOENÇAS E MICRORGANISMOS (SUSPEITOS OU CONFIRMADOS) E PRECAUÇÕES ESPECÍFICAMENTE INDICADAS

Infecção/Condição/Microrganismo	**Tipo de Precaução**	**Período**
ABSCESSO DRENANTE - Drenagem não contida pelo curativo - Drenagem contida pelo curativo	Contato Padrão	Durante a doença
AIDS (ver HIV)	Padrão	
ACTINOMICOSE	Padrão	
ADENOVÍRUS - Lactente e pré-escolar	Gotículas + Contato	Durante a doença
AMEBIÁSE	Padrão	
ANGINA DE VINCET	Padrão	
ANTRAX. cutâneo ou pulmonar	Padrão	
ASCARIDÍASE	Padrão	
ASPERGILOSE	Padrão	
BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES	Contato	Até a alta hospitalar
BABESIOSE	Padrão	
BLASTOMICOSE SULAMERICANA (P.	Padrão	

brasiliensis): Pulmonar ou cutânea		
BOTULISMO	Padrão	
BRONQUIOLITE/ INFECÇÃO RESPIRATÓRIA Vírus Sincicial respiratório/ Vírus Parainfluenzae - Lactente e pré-escolar	Contato	Durante a doença
BRUCELOSE	Padrão	
CANDIDIASE	Padrão	
CAXUMBA	Gotículas	Até 9 dias após início do edema
CANCRÓIDE (H. ducrey)	Padrão	
CANCRO MOLE (Chlamydia trachomatis) - Conjutivite, genital e respiratória	Padrão	
CELULITE	Padrão	
CISTICERCOSE	Padrão	
CITOMEGALOVIROSE	Padrão	
Clostridium botulinum (Botulismo)	Padrão	
Clostridium difficile (Colite associada antibiótico)	Contato	Manter até 48h após resolução da diarreia
Clostridium peringens: Gangrena gasosa ou intoxicação alimentar	Padrão	

Clostridium tetani (Tétano)	Padrão	
CÓLERA	Contato	
COLITE ASSOCIADA A ANTIBIÓTICO	Contato	
COQUELUCHE	Gotículas	Terapia eficaz 5 dias
CONJUNTIVITE: - Bacteriana, gonocócica e Chlamydia trachomatis - Viral aguda (hemorrágica)	Padrão Contato	Durante a doença
CORONAVÍRUS (SARS)	Contato + respiratório e aerossol	Durante a doença e após 10 dias da resolução da febre. Preferência a aerossóis.
CRIPTOCOCOSE	Padrão	
DENGUE	Padrão	
DERMATOFITOSE/MICOSE DE PELE/TÍNEA	Padrão	
DIFTÉRIA: - Cutânea - Faríngea	Contato Gotículas	Terapêutica eficaz + 2 culturas negativas em dias diferentes
DOENÇA DE CREUTZFELD-JACOB	Padrão	Usar instrumentais descartáveis ou esterilização especial para superfícies ou objetos contaminados com tecidos neurais.

DONOVANOSE (granuloma inguinal)	Padrão	
ENCEFALITE VIRAL TRANSMITIDA POR ARTRÓPODE E FEBRES VIRAIS (dengue, febre amarela)	Padrão	
ENDOMETRITE PUERPERAL	Padrão	
ENTEROBIASE	Padrão	
ENTEROCOLITE NECROTIZANTE	Padrão	
ENTEROCOLITE por Clastridium difficile	Contato	Durante a doença
ENTEROVIROSE (Coxackie e Echovirus) - Adulto - Lactente e pré-escolar	Padrão Contato	Durante a doença
EPIGLOTITE (Haemophylus influenzae)	Gotículas	Terapia eficaz 24h
ERITEMA INFECCIOSO: ver parvovírus B19	Gotículas	Durante 07 dias para os pacientes com imunodepressão transitória, nos imunossuprimidos durante toda a internação.
ESCABIOSE	Contato	Terapia eficaz 24h
ESCARA DE DECÚBITO - extensa - limitada ou pequena	Contato Padrão	Durante a doença, se não contida por curativo
ESPOROTRICOSE	Padrão	

ESQUISTOSSOMOSE	Padrão	
ESTAFILOCOCCIA - Pele, ferida e queimadura: com secreção não contida com secreção contida - Enterocolite - Síndrome da pele escaldada - Síndrome do choque tóxico	 Contato Padrão Padrão (1) Padrão Padrão	Durante a doença
ESTREPTOCOCCIA – Streptococcus Grupo A - Pele, ferida e queimadura: com secreção não contida com secreção contida - Endometrite (sepsis puerperal) - Faringite: lactente e pré-escolar - Escarlatina: lactente e pré-escolar - Pneumonia: lactente e pré-escolar	 Contato Padrão Padrão Gotículas Gotículas Gotículas	Durante a doença
ESTREPTOCOCCIA – Streptococcus Grupo B ou grupo não A e não B	Padrão	
ESTRONGILOIDÍASE	Padrão	
EXANTEMA SÚBITO (Rubeola)	Padrão	
FEBRE AMARELA	Padrão	

FEBRE POR ARRANHADURA DE GATO	Padrão	
FEBRE POR MORDEDURA DE GATO	Padrão	
FEBRE RECORRENTE	Padrão	
FEBRE REUMÁTICA	Padrão	
FURUNCULOSE ESTAFILOCOCICA: - Lactentes e pré-escolar	Contato	Durante a doença
GASTROENTERITE: - Campylobacter, V. cholera, Criptasporidium spp - Clostridium difficile - Escherichia coli: Enterohemorrágica 0157. H7 e outras - Giardia lamblia - Yersinia enterocolitica - Salmonella spp (inclusive S. typhi) - Shigella spp - Vibrio parahaemaclyticus - Adenovirus - Norovirus	Contato Contato Padrão (1) Padrão Padrão Padrão Padrão (1) Padrão (1) Padrão Padrão Contato	Durante a doença Durante a doença Durante a doença

- Rotavírus e outros vírus em pacientes incontinente ou em fraldas		
GANGRENA GASOSA	Padrão	
GONORRÉIA	Padrão	
GUILLAIN –BARRÉ, Síndrome de	Padrão	
GRIPE PANDÊMICA (Influenza)	Gotículas	Durante 5 dias após início da doença, exceto em imunossuprimidos
GRIPE AVIÁRIA	Aerossóis	Ver: rotina e www.cdc.gov/flu/avian/professional/infect-control.htm
HANSENIASE	Padrão	
HANTAVÍRUS PULMONAR	Padrão (2)	
Helicobacter pylori	Padrão	
HEPATITE VIRAL: - Vírus A: uso de fraldas ou incontinente - Vírus B (HBg Ag positivo) , Vírus C e outros	Padrão Contato (3) Padrão	Durante a doença
HERPES SIMPLES: - Encefalite - Neonatal - Mucocutâneo disseminado ou primário grave	Padrão Contato (4) Contato Padrão	Durante a doença Durante a doença

- Mucocutâneo recorrente (pele, oral e genital)		
HERPES ZOSTER: - Localizado em imunossuprimido, ou disseminado - Localizado em imunocompetente	Contato e Aerossóis Padrão	Até todas as lesões tornarem-se crostas
HIDATIDOSE	Padrão	
HISTOPLASMOSE	Padrão	
HIV	Padrão	
IMPETIGO	Contato	Por 24h após início de tratamento
INFECÇÃO EM CAVIDADE FECHADA	Padrão	
INFECÇÃO DE FERIDA CIRURGICA: - Com secreção contida - Com secreção não contida	Padrão Contato	Durante a doença
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO	Padrão	
INFLUENZA: A,B,C	Gotículas	
INTOXICAÇÃO ALIMENTAR POR:	Padrão	

- C. botolium; C. Perfringens; C. welchii; Staphylococcus		
KAWASAKI; Sindrome de	Padrão	
LEGIONELOSE	Padrão	
LEPTOSPIROSE	Padrão	
LISTERIOSE	Padrão	
LYME; Doença de	Padrão	
LINFOGRANULOMA	Padrão	
MALÁRIA	Padrão	
MELIOIDOSE	Padrão	
MENINGITE: - Bacteriana gram (-) entéricos em neonatos - Fungica, viral - Haemophilus influenzae (suspeita ou confirmada) - Listeria mOnocytogenes - Neisseria meningitidis (suspeita ou confirmada) - Pneumocócica - Tuberculosa - Outras bactérias	 Padrão Padrão Gotículas (9) Padrão Gotículas (9) Padrão Padrão (5) Padrão	 Terapia eficaz 24h Terapia eficaz 24h
MENINGOCOCCEMIA	Gotículas	Terapia eficaz 24h

MICOBACTERIOSE ATIPICA (não M. tuberculosis): - Pulmonar ou cutânea	Padrão	
MOLUSCO CONTAGIOSO	Padrão	
MONONUCLEOSE INFECCIOSA	Padrão	
MUCORMICOSE	Padrão	
OXIUROS		
PARVOVÍRUS B19: - Doença crônica em imunossuprimido - Crise aplástica transitória ou de células vermelhas		
PEDICULOSE		
PESTE: - Bubônica - Pneumônica		
PNEUMONIA: - Adenovírus - Burkholderia cepacia em fibrose cística (incluindo colonização respiratória) - Chlamydia; Legionella spp; S. aureus - Fúngica	Contato + Gotículas Contato (6) Padrão Padrão Padrão	Durante a doença Terapia eficaz 24h Terapia eficaz 24h Durante a doença

- Haemophilus influenzae -- Adultos --Crianças de qualquer idade - Meningocócica - Mycoplasma (pneumonia atípica) - Outras bactérias não listadas, incluindo gram(-) - Pneumocócica - Pneumocystis jiroveci - Streptococcus, grupo A -- Adultos --Lactentes e pré-escolares - Viral - Adultos - Lactentes e pré-escolar	Gotículas Gotículas Gotículas Padrão Padrão Padrão (7) Padrão Gotículas Padrão	Terapia eficaz 24h Ver indicação específica por agente
POLIOMIELITE	Contato	Durante a doença
PSITACOSE (ORNITOSE)	Padrão	
RAIVA	Padrão	
REYE, Síndrome de	Padrão	
RIQUETSIOSE	Padrão	
RUBEOLA: - Congênita	Contato (8) Gotículas	Até um ano de idade Até 7 dias do início do rash

- Adquirida		
SARAMPO	Aerossóis	Durante a doença
SÍFILIS (qualquer forma)	Padrão	
TENÍASE	Padrão	
TÉTANO	Padrão	
TINEA	Padrão	
TOXOPLASMOSE	Padrão	
TRACOMA AGUDO	Padrão	
TRICOMONIASE	Padrão	
TRICURIASE	Padrão	
TRIQUINOSE	Padrão	
TUBERCULOSE: - Pulmonar (suspeita ou confirmada) - Laríngea (suspeita ou confirmada) - Extra- pulmonar, não laríngea	Aerossóis Aerossóis Padrão	Terapia eficaz 15 dias + 3 pesquisas BAAR negativas
TULAREMIA: - Lesão drenando ou pulmonar	Padrão	Não transmitido de pessoa a pessoa
TIFO: - Endêmico e epidêmico (Rickettsia)	Padrão	

VARICELA	Aerossóis + Contato	Até todas as lesões tornarem-se crostas
ZIGOMICOSE	Padrão	

1 - Usar precauções de contato para crianças em uso de fraldas ou incontinentes <6 anos durante a doença;

2 - Há relatos de que hantavírus pode ser transmitido por aerossóis ou gotículas;

3 - Manter precauções de contato em <3 anos durante toda a hospitalização e em >3 anos até 2 semanas do início dos sintomas;

4 - Para recém-nascidos por via vaginal ou cesariana, de mãe com infecção ativa e ruptura de membranas por mais de 4 a 6 horas;

5 - Investigar tuberculose ativa;

6 - Evitar que paciente entre em contato com outros pacientes com fibrose cística que sejam colonizados ou infectados por B. cepacia;

7 - Evitar colocar no mesmo quarto que imunossuprimido, ou se no mesmo quarto lembrar de administrar profilaxia;

8 - Manter precauções até um ano de idade (a menos que a cultura viral de urina e nasofaringe sejam negativos após 3 meses de idade);

9 - Não é necessário completar o esquema profilático do acompanhante de paciente pediátrico com meningite antes de suspender o isolamento.

Adaptado do Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, CDC, 2007.

CINESIOTERAPIA MOTORA E MOBILIZAÇÃO PRECOCE

1. INTRODUÇÃO

A utilização da cinesioterapia motora/mobilização precoce é importante nos pacientes internados, mantendo o sistema musculoesquelético funcional e evitando a instalação de deformidades, minimizando eventuais lesões decorrentes do imobilismo.

2. OBJETIVO

- Modular a dor e tratar as disfunções articulares que limitam a amplitude de movimento (ADM);
- Tratar a hipomobilidade articular reversível;
- Prevenir a degeneração e os efeitos limitadores da imobilidade.
- Aumentar flexibilidade e extensibilidade dos tecidos moles;
- Manter a ADM de articulações não comprometidas;
- Aumentar a ADM de articulações comprometidas;
- Melhorar o desempenho muscular;
- Diminuir os efeitos da imobilidade no leito.
- Aumento da força dos tecidos conjuntivos;
- Aumento da densidade mineral óssea ou retardo na desmineralização;
- Diminuição da sobrecarga nas articulações durante manipulações;
- Redução do risco de lesões nos tecidos moles durante as manipulações.

3. ABRANGÊNCIA

- Síndrome de imobilidade

- Fraquezas musculares
- Encurtamentos musculares

Contra indicação

- Instabilidade hemodinâmica a despeito do uso de drogas vasoativas
- Rebaixamento do nível de consciência
- Febre
- Anemia grave

4. DEFINIÇÕES

Todas as definições/siglas adotadas nesse POP estão apresentadas por extenso e sucedidas pela sigla entre parênteses, antes de serem adotadas exclusivamente pela sigla.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

• Realizar a higienização das mãos;

• Providenciar todo material necessário ao procedimento

• Fazer ausculta pulmonar, antes para identificar possíveis ruídos adventícios pulmonares;

• Explicar o procedimento e finalidade ao familiar

• Paciente em decúbito dorsal elevado

• Colocar luvas e máscara de proteção.

• PROGREDIR A MOBILIZAÇÃO CONFORME MODELO NO ANEXO, JUSTIFICANDO O MOTIVO DA NÃO PROGRESSÃO, QUANDO FOR O CASO. PROGRESSÃO DEVE SER REALIZADA A CADA PLANTÃO, SE VIÁVEL CLINICAMENTE APÓS A AVALIAÇÃO CINÉTICO-FUNCIONAL.

Alongamento

É uma manobra terapêutica elaborada para aumentar o comprimento de estruturas de tecidos moles patologicamente encurtadas e desse modo aumentar a amplitude de movimento.

Contra indicação

- Limitação de amplitude de movimento por deformidade óssea
- Após fratura recente
- Processo inflamatório ou infeccioso agudo dentro ou ao redor da articulação
- Dor aguda
- Trauma tecidual

Mobilização Passiva

É um movimento passivo realizado pelo terapeuta com velocidade baixa o suficiente para que o paciente possa interromper o movimento.

Contra indicação

- Hipermobilidade
- Edema articular
- Inflamação ou lesão tecidual

Posicionamento Funcional

São posicionamentos que tem como objetivo manter a amplitude de movimento articular e diminuir a pressão em regiões susceptíveis para a formação de escaras.

Contra Indicação:

• Aumento de pressão intracraniana

• Instabilidade hemodinâmica

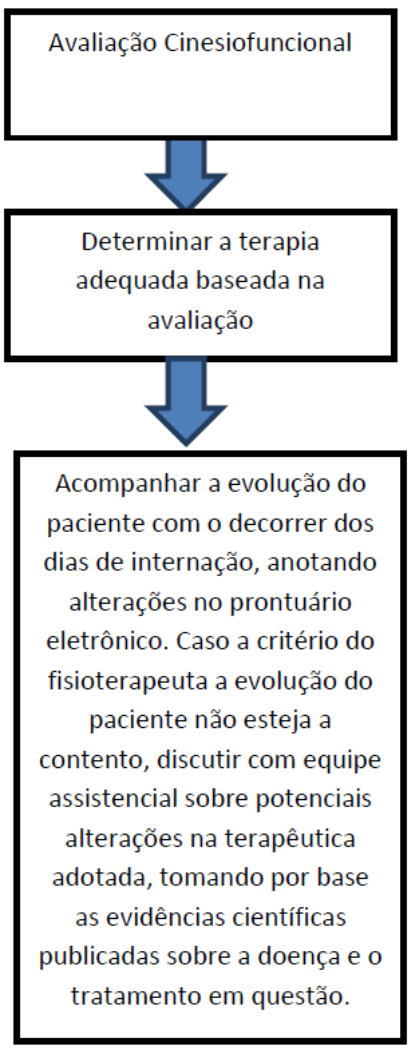
6.0 REFERÊNCIAS

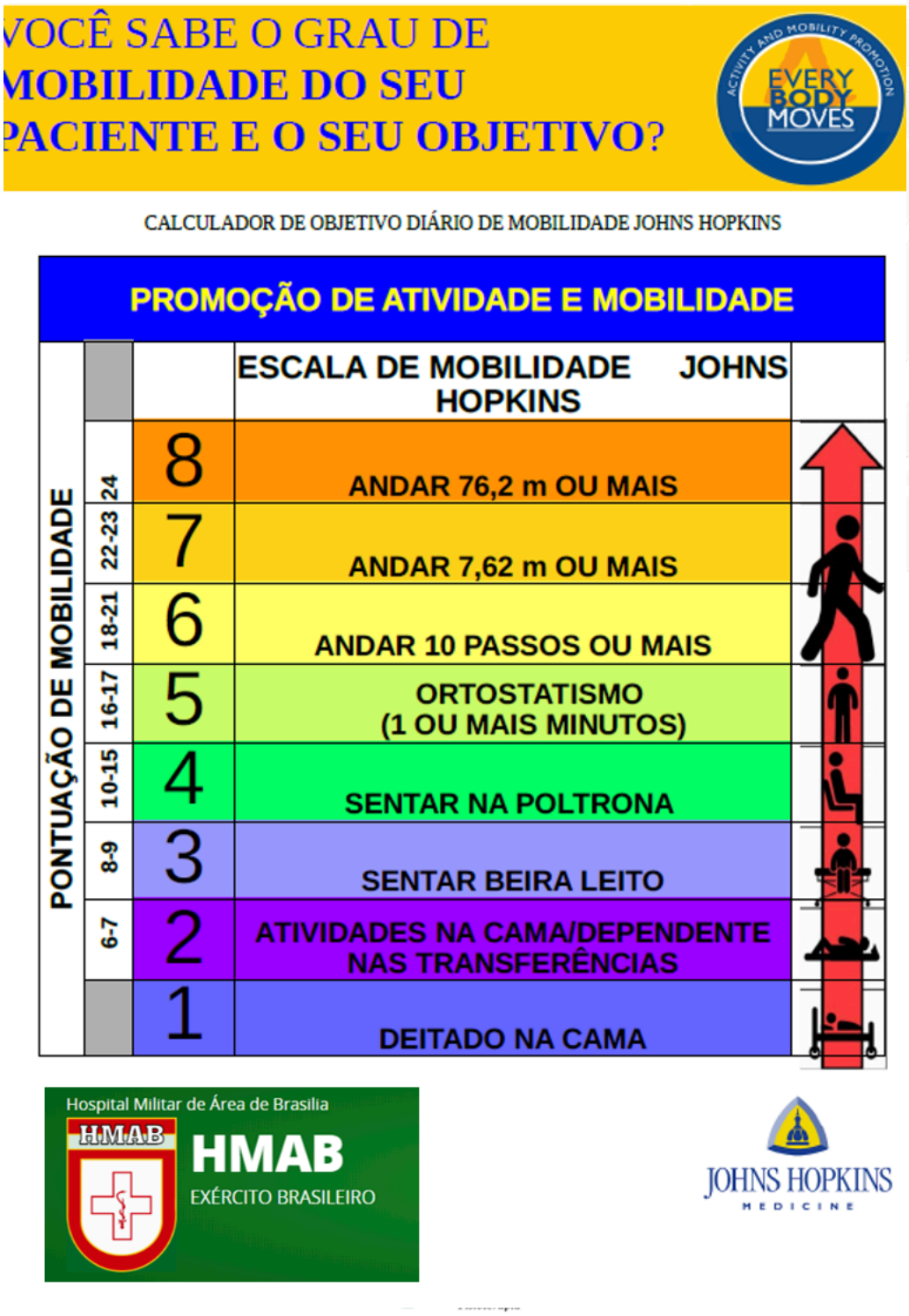
KISNER, C; COLBY,L.A. Exercícios Terapêuticos. Fundamentos e Técnicas.

São Paulo: Manole. 2005.

7.0 ANEXOS

Fluxograma





DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

1. INTRODUÇÃO

O desmame da ventilação mecânica é fundamental nos adultos que estejam sob pressão positiva para tratamento da insuficiência respiratória ou em pós-cirúirgicos, em adultos admitidos em unidade de terapia intensiva.

2. OBJETIVO

- Reduzir a mortalidade e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)
- Reduzir o tempo de permanência na UTI
- Reduzir o tempo de permanência no hospital

3. ABRANGÊNCIA

- Pacientes que estejam sob suporte ventilatório invasivo

Recomendação:

- Retirar o paciente da ventilação invasiva o mais rápido quanto clinicamente possível
- Avaliar e identificar diariamente o paciente (busca ativa pela equipe multiprofissional) com vistas à possibilidade de descontinuar a ventilação, visando diminuir o tempo de ventilação mecânica e menor custo.
- Deve-se realizar a suspensão diária da sedação para se verificar a capacidade de ventilação espontânea do paciente

Sucesso de desmame: é o paciente que tem sucesso no TRE, ainda conectado ao ventilador.

Sucesso de Extubação: Paciente que tem a prótese endolaríngea retirada (extubação) após passar no TRE e não é reintubado nas próximas 48 horas. No caso dos traqueostomizados, equivalerá ao sucesso na extubação o paciente que tolerou desconexão do ventilador após passar no TRE e não precisou voltar a ser reconectado ao ventilador nas próximas 48 horas.

4. DEFINIÇÕES

Todas as definições/siglas adotadas nesse POP estão apresentadas por extenso e sucedidas pela sigla entre parênteses, antes de serem adotadas exclusivamente pela sigla.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

- Realizar a higienização das mãos;
- Providenciar todo material necessário ao procedimento
- Fazer ausculta pulmonar, antes para identificar possíveis ruídos adventícios pulmonares.
- Explicar o procedimento e finalidade ao familiar do paciente;
- Paciente em decúbito dorsal elevado;
- Colocar luvas e máscara de proteção;

Busca ativa com base nos seguintes parâmetros

- Causa da falência respiratória resolvida ou controlada;
- PaO2 ≥60 mmHg com FIO2 ≤0,4 e PEEP ≤5 a 8 cmH2O;
- Hemodinâmica estável, com boa perfusão tecidual, sem ou com doses baixas de vasopressores, ausência de insuficiência coronariana descompensada ou arritmias com repercussão hemodinâmica;
- Paciente capaz de iniciar esforços inspiratórios;
- Balanço Hídrico zerado ou negativo nas últimas 24 horas;
- Equilíbrio ácido-básico e eletrolítico normais.
- Considerar avaliar possibilidade de polineuropatia da doença crítica e distúrbios de P, Mg, Ca e K.

· Adiar extubação quando houve programação de transporte para exames ou cirurgia com anestesia geral nas próximas 24h.

Teste de Autonomia Respiratória (Teste de Respiração Espontânea – TRE)

• Recomendação: No TRE o paciente deve ser colocado em PSV de 7 cmH2O, PEEP ≤5cmH2O, FiO2 ≤40% durante 30 minutos. Durante o TRE o paciente deve ser monitorizado para sinais de insucesso, conforme os citados abaixo. É considerado sucesso no TRE pacientes que mantiverem padrão respiratório, troca gasosa, estabilidade hemodinâmica e conforto adequados.

SINAIS DE INSUCESSO

· Frequência respiratória > 35 rpm ou aumento maior de 20% em relação ao início do TRE

· Saturação arterial de O2 < 90%

· Frequência cardíaca > 140 bpm ou aumento maior de 20% em relação ao início do TRE

· Pressão arterial sistólica > 180 mmHg ou < 90 mmHg

· Sinais e sintomas Agitação, sudorese, alteração do nível de consciência.

Cuff leak teste qualitativo antes da extubação, após um teste de respiração espontânea bem sucedido, com objetivo de avaliar se as vias aéreas estão pérvias e se o paciente é capaz de protegê-las.

· retirar o paciente do ventilador mecânico, o balonete deve ser desinsuflado,

· tubo ocluído com um dedo,

· avaliada a presença ou não de escape de ar peritubular, usando um estetoscópio.

· Ruído = positivo para o escape

USO DE VNI FACILITADORA

Recomenda-se o uso da VNI como facilitador de retirada da VM de forma precoce em pacientes portadores de DPOC, mesmo naqueles que não passaram no TRE, desde que sob adequada condição clínica. O paciente deve ser conduzido em centros com experiência no uso de VNI. *Ver figura no anexo.*

USO DE VNI PREVENTIVA

Deve-se fazer uso de VNI imediatamente após a extubação, de forma preventiva, em pacientes selecionados como de maior risco, especialmente nos hipercápnicos. Os pacientes de risco para reintubação seguem abaixo:

- Hipercapnia após extubação (>45 mmHg)
- Insuficiência cardíaca
- Tosse ineficaz
- Secreções copiosas
- Mais de uma falência consecutiva no desmame
- Mais de uma comorbidade
- Obstrução das vias aéreas superiores
- Idade maior que 65 anos
- Falência cardíaca como causa da intubação
- APACHE >12 no dia da extubação
- Pacientes com mais de 72h de VMI

Como conduzir o paciente com falência de desmame (não passou no primeiro TRE)

- Reconduzir para um suporte ventilatório que lhe proporcione conforto e trocas gasosas adequadas por um período de 24h para poder repetir o TRE. Procurar identificar as causas da falha.

6.0 REFERÊNCIAS

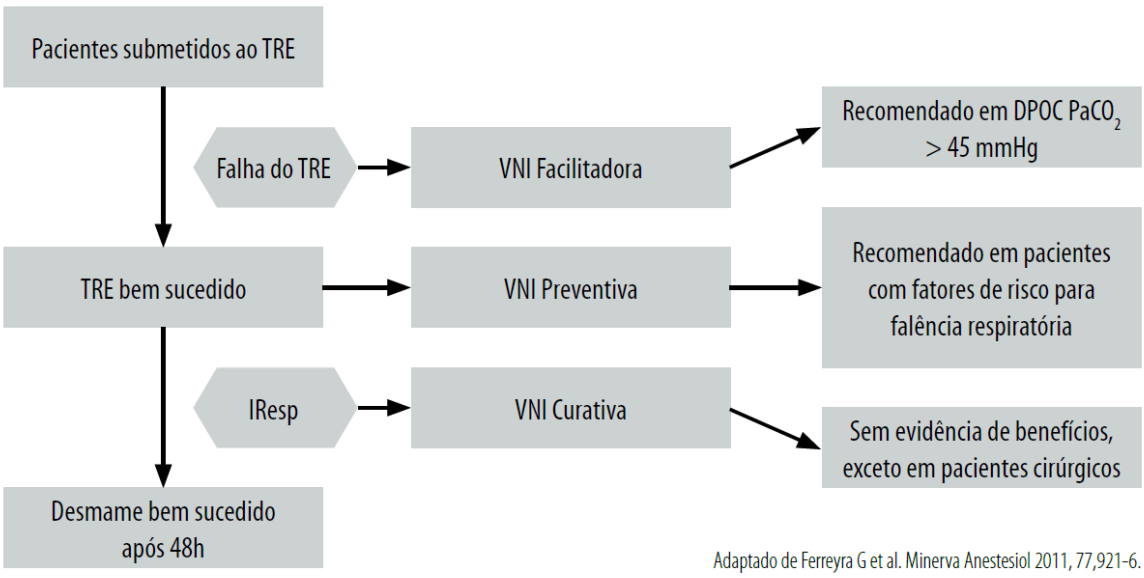
1. Brochard L, Rauss A, Benito S, Conti G, Mancebo J, Rekik N, et al. Comparison of three methods of gradual withdrawal from ventilatory support during weaning from mechanical ventilation. Am J Respir Crit Care Med. 1994;150(4):896-903.

2. Esteban A, Frutos F, Tobin MJ, Alía I, Solsona JF, Valverdú I, et al. A comparison of four methods of weaning patients from mechanical ventilation. Spanish Lung Failure Collaborative Group. N Engl J Med. 1995;332(6):345-50.

3. Diretrizes Brasileiras de Ventilação mecânica, 2013, AMIB, SBPT.

7.0 ANEXOS

VNI no desmame



Adaptado de Ferreyra G et al. Minerva Anestesiol 2011, 77,921-6.

OXIGENOTERAPIA

1. INTRODUÇÃO

A utilização da oxigenioterapia é fundamental nos casos de insuficiência respiratória hipoxêmica em adultos admitidos na unidade.

2. OBJETIVO

- Reduzir trabalho respiratório
- Melhorar a troca gasosa
- Evitar a necessidade de intubação
- Reduzir a mortalidade
- Reduzir o tempo de permanência na UTI
- Reduzir o tempo de permanência no hospital

3. ABRANGÊNCIA

- Insuficiência respiratória hipoxêmica: pneumonia, síndrome do desconforto respiratório agudo
- Exacerbação da asma
- Insuficiência Respiratória hipoxêmica em condições especiais: imunossuprimido, pós cirúrgicos.
- Pacientes terminais em cuidados paliativos

4. DEFINIÇÕES

Todas as definições/siglas adotadas nesse POP estão apresentadas por extenso e sucedidas pela sigla entre parênteses, antes de serem adotadas exclusivamente pela sigla.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

- Realizar a higienização das mãos;

- Providenciar todo material necessário ao procedimento
- Fazer ausculta pulmonar, antes para identificar possíveis ruídos adventícios pulmonares.
- Explicar o procedimento e finalidade ao familiar do paciente;
- Paciente em decúbito dorsal elevado;
- Colocar luvas e máscara de proteção;
- Ajustar os parâmetros de fluxo de oxigênio e interface.
- Esperar a adaptação do paciente na máscara ou cateter nasal
- Deixar o paciente mais confortável possível
- Monitorizar o paciente durante a oxigenioterapia

CONSIDERAR O USO DE PRESSÃO POSITIVA CONFORME O PROTOCOLO DE OXIGENIOTERAPIA NO ANEXO.

6.0 REFERÊNCIAS

IRWIN, Scot. TECKILIN, J. Fisioterapia Cardiopulmonar. São Paulo: Manole. 2003

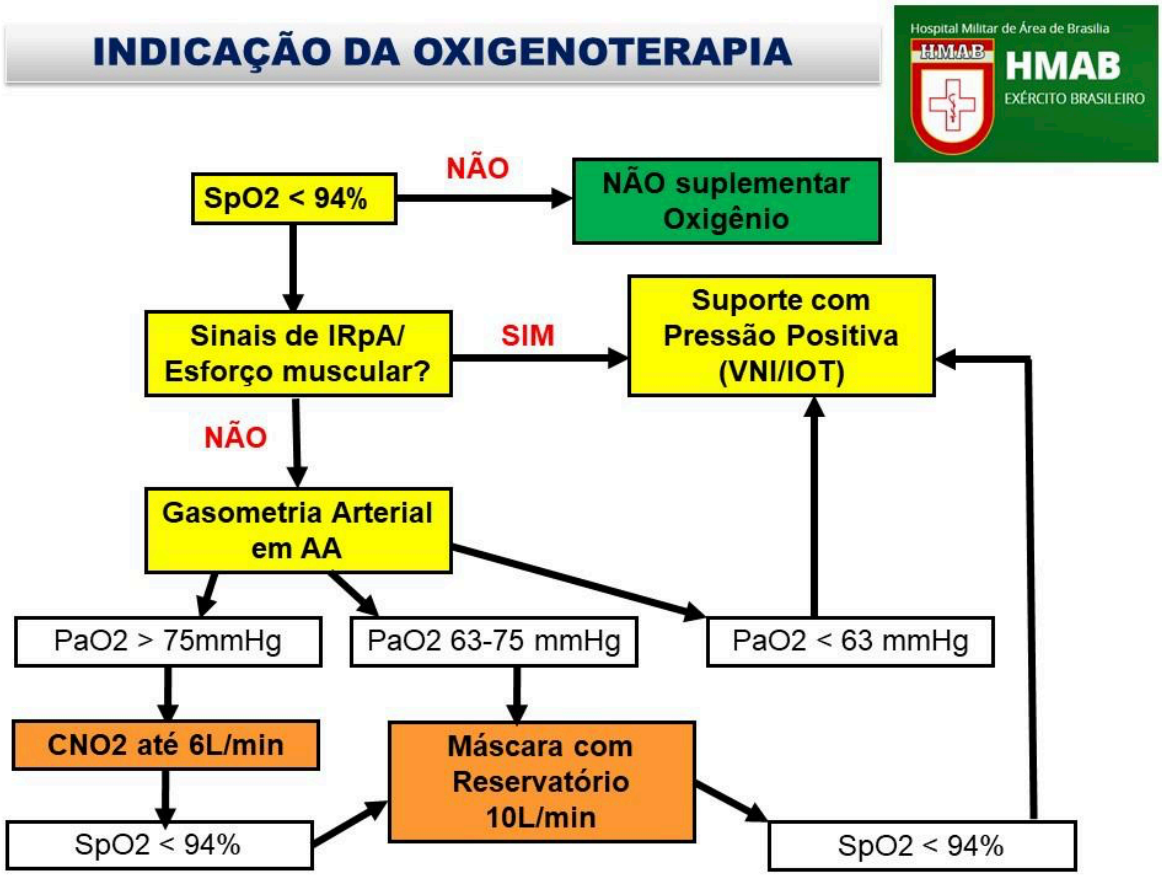
BRITO, R.R. Recursos manuais e instrumentais em fisioterapia respiratória. Barueri, SP: Manole, 2009.

MACHADO, MGR. Bases fisiológicas da fisioterapia respiratória. Ed Guanabara Koogan, 2008.

O'SULLIVAN, SUSAN B. Fisioterapia Avaliação e Tratamento. São Paulo: Manole, 2007.

7.0 ANEXOS

Fluxograma Indicação de Oxigenoterapia



VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

1. INTRODUÇÃO

A utilização da ventilação não invasiva é fundamental nos casos de insuficiência respiratória hipoxêmica ou hipercápnica em adultos admitidos na unidade.

2. OBJETIVO

- Reduzir trabalho respiratório
- Melhorar a troca gasosa
- Evitar a necessidade de intubação

- Reduzir a mortalidade e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)
- Reduzir o tempo de permanência na UTI
- Reduzir o tempo de permanência no hospital

3. ABRANGÊNCIA

- Edema agudo pulmonar cardiogênico /hipervolemia
- Insuficiência respiratória hipoxêmica: pneumonia, síndrome do desconforto respiratório agudo
- Exacerbação da asma
- Insuficiência Respiratória hipoxêmica em condições especiais: imunossuprimido, pós cirúrgicos.
- Pacientes terminais em cuidados paliativos
- Insuficência respiratória hipercápnica

Recomendação:

- Não deve ser utilizada como método de resgate na insuficiência respiratória pós extubação, pois pode retardar a reintubação.
- VNI como estratégia de desmame

Contra indicação:

Absolutas

- Parada cardíaca ou respiratória em andamento
- Rebaixamento do nível de consciência/hipoatividade e incapacidade para proteger as vias aéreas e/ou alto risco de aspiração (distensão abdominal, vômitos)

- Obstrução de vias aéreas altas
- Cirurgia, trauma ou queimadura facial
- Incapacidade de eliminar secreções necessitando de aspirações frequentes.
- Sangramento digestivo alto ou necessidade de doses elevas (noradrenalina . 0,2 mcg/kg/min) ou doses crescentes (> 50% dose inicial nas primeiras 2 horas após inicio da VNI)
- Arritmias cardíacas com repercussão hemodinâmica ou sinais eletrocardiográficos de isquemia cardíaca.
- Acidose grave (pH: <7,20)
- Hipoxemia grave (relação PaO2/FiO2: <150)

Relativas

- Pós-operatório de cirurgia abdominal alta (esôfago e estômago)
- Agitação psicomotora com necessidade de uso de sedativos endovenosos contínuos

4. DEFINIÇÕES

Todas as definições/siglas adotadas nesse POP estão apresentadas por extenso e sucedidas pela sigla entre parênteses, antes de serem adotadas exclusivamente pela sigla.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

- Realizar a higienização das mãos;
- Providenciar todo material necessário ao procedimento
- Fazer ausculta pulmonar, antes para identificar possíveis ruídos adventícios pulmonares.
- Explicar o procedimento e finalidade ao familiar do paciente;
- Paciente em decúbito dorsal elevado;

• Colocar luvas e máscara de proteção;

• Ajustar os parâmetros iniciais e interface.

- **Edema Agudo Pulmonar cardiogênico / hipervolemia**

CPAP= 10 cmH2O ou PS/PEEP, buscando atingir o VC adequado

PS/PIP = VC 4 a 08 ml/kg

PEEP = 5-10 cmH2O, titulando-se a mesma com base na complacência estática

FiO2 = necessária para manter SPO2 maior de 90%

• **HIPOXÊMICO**

PS/PEEP = VC 4 a 08 ml/kg

PEEP = 06-10 cmH2O

FiO2 = necessária para manter SPO2 maior de 90%. Em caso de necessidade de FiO2 superior a 60% considerar IOT

• Esperar a adaptação do paciente na máscara e com os parâmetros

• Após adaptação do paciente na mascara, comunicar ao familiar que ira fixar a máscara.

• Deixar o paciente mais confortável possível

• Monitorizar o paciente durante a VNI

Interromper a VNI em caso de:

· Parada cardíaca ou respiratória

· Pacientes que evoluírem para situações que podem implicar em alto risco de aspiração (Íleo paralitico, distensão abdominal, vômitos)

- Choque ou Instabilidade hemodinâmica grave definida como: queda da PA sistólica com sinais de hipoperfusão tecidual (PAS<90mmHG ou PAM<65mmHg)
- Arritmias cardíacas com repercussão hemodinâmica ou sinais eletrocardiográficos de isquemia cardíaca
- Incapacidade de eliminar secreções ou produção copiosa de secreção pulmonar com necessidade de aspirações frequentes
- Elevação progressiva dos parâmetros da VNI principalmente FiO2 > 60%
- Dependência continua da VNI > 48 horas (caracterizada por incapacidade de permanecer fora da VNI por pelo menos 1 hora a cada período de 6 horas, após as primeiras 24 horas)
- Não houver melhora na troca gasosa (insuficiência respiratória hipercápnica, sem mudança no pH e/ou hipoxêmica- relação PaO2/FiO2 <100) , freqüência cardíaca e/ou respiratória nas primeiras 2 horas;
- Ausência de proteção de vias aéreas, rebaixamento de nível de consciência ou encefalopatia grave

6.0 REFERÊNCIAS

IRWIN, Scot. TECKILIN, J. Fisioterapia Cardiopulmonar. São Paulo: Manole. 2003

BRITO, R.R. Recursos manuais e instrumentais em fisioterapia

respiratória. Barueri, SP: Manole, 2009.

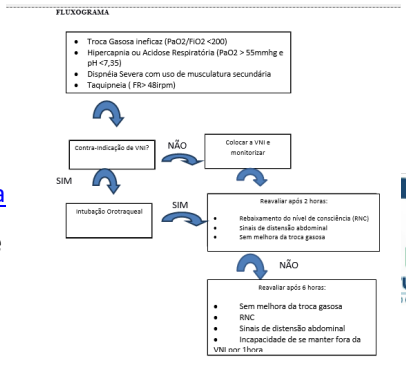
MACHADO, MGR. Bases fisiológicas da fisioterapia respiratória. Ed Guanabara

Koogan, 2008.

O'S

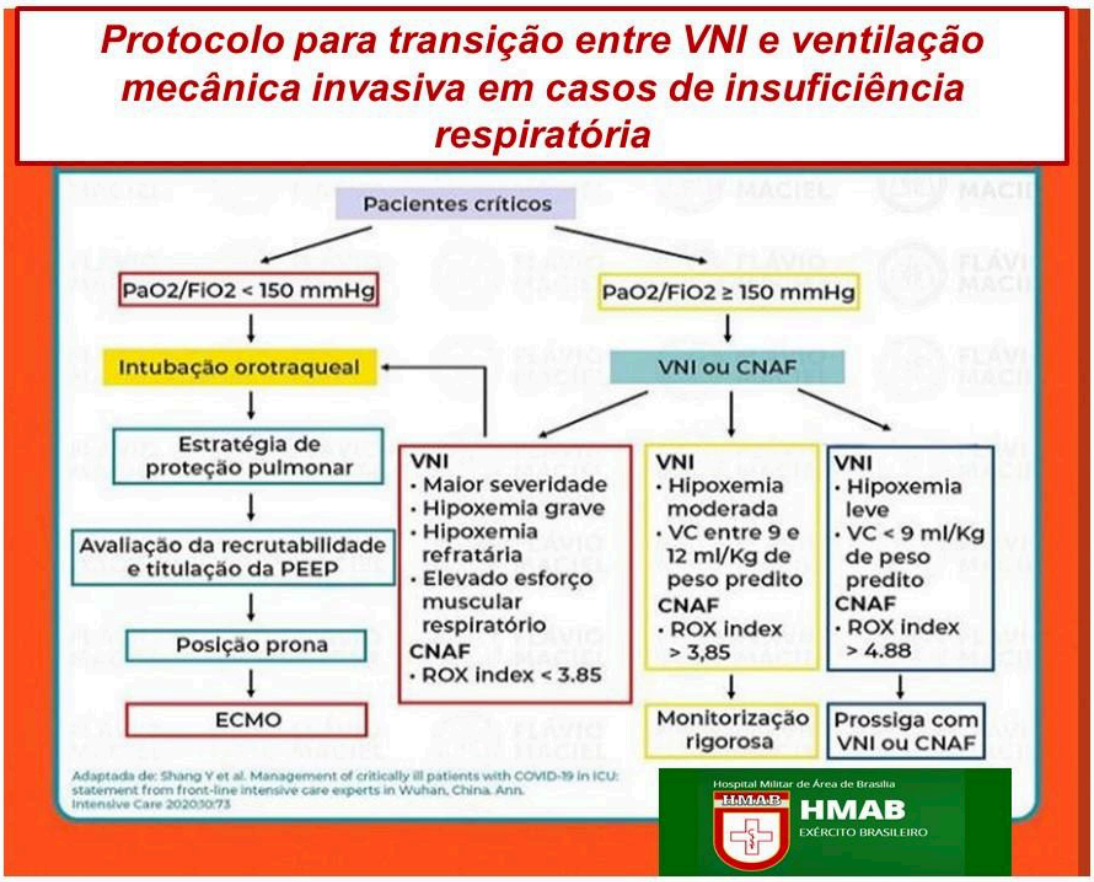
ULLIVAN, SUSAN B. Fisioterapia Avaliação e Tratamento. São Paulo: Manole, 2007.

7.0 ANEXOS



Fluxograma

Sugestão de protocolo VNI X IOT



PROTOCOLO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

PROTOCOLO DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

1. OBJETIVO

A normatizar e a organizar os procedimentos relativos à Nutrição Clínica direcionados a pacientes atendidos pelo Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital, traduzidos em Protocolos específicos de assistência nutricional orienta a seleção da conduta, garante a prescrição dietética adequada e melhora a qualidade dos serviços disponibilizados aos usuários. A utilização da nutrição adequada, ofertada aos pacientes de forma humanizada, respeitando-se sempre a individualidade dos mesmos possibilitando benefícios relevantes aos pacientes e aos profissionais de saúde, especialmente ao Nutricionista, que vislumbra a eficiência prática do seu trabalho cotidiano.

2. LOCAL DE EXECUÇÃO

Unidades de Internação

3. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

Nutricionista, enfermeiro, técnico de enfermagem

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Questionário de triagem nutricional

- Etiquetas de Identificação das Dietas

5. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

TN- Terapia Nutricional

TNE- Terapia Nutricional Enteral

TNP- Terapia Nutricional Parenteral

NRS – Risco Nutricional

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A assistência nutricional dos pacientes internados inicia-se com a visita ao paciente.

PRIMEIRA VISITA: Realizada em até 24 horas após a internação hospitalar. Composta por: – ACOLHIMENTO – onde ocorre a identificação do (a) profissional e o estabelecimento do vínculo nutricionista/paciente. Nesse momento são repassadas informações sobre a importância da dieta no seu tratamento.

– ANAMNESE ALIMENTAR - breve entrevista realizada para identificar preferências, intolerâncias, aversões, alergias, tabus, condições do apetite e da mastigação e funcionamento do trato gastrintestinal.

– TRIAGEM NUTRICIONAL – realizada para identificação e classificação do estado nutricional do paciente. Para tal, é utilizado a NRS- 2002 (em anexo). Após a realização da Triagem Nutricional o (a) profissional dispõe dos dados necessários para dar prosseguimento à assistência nutricional, pacientes que forem classificados com risco nutricional pela Triagem Nutricional deverão ser submetidos à avaliação do nutricionista. Após deverá ser planejada a terapia nutricional (TN). Pacientes que não apresentarem risco nutricional deverão ser acompanhados em visitas diárias e realizar a retriagem em 7 dias.

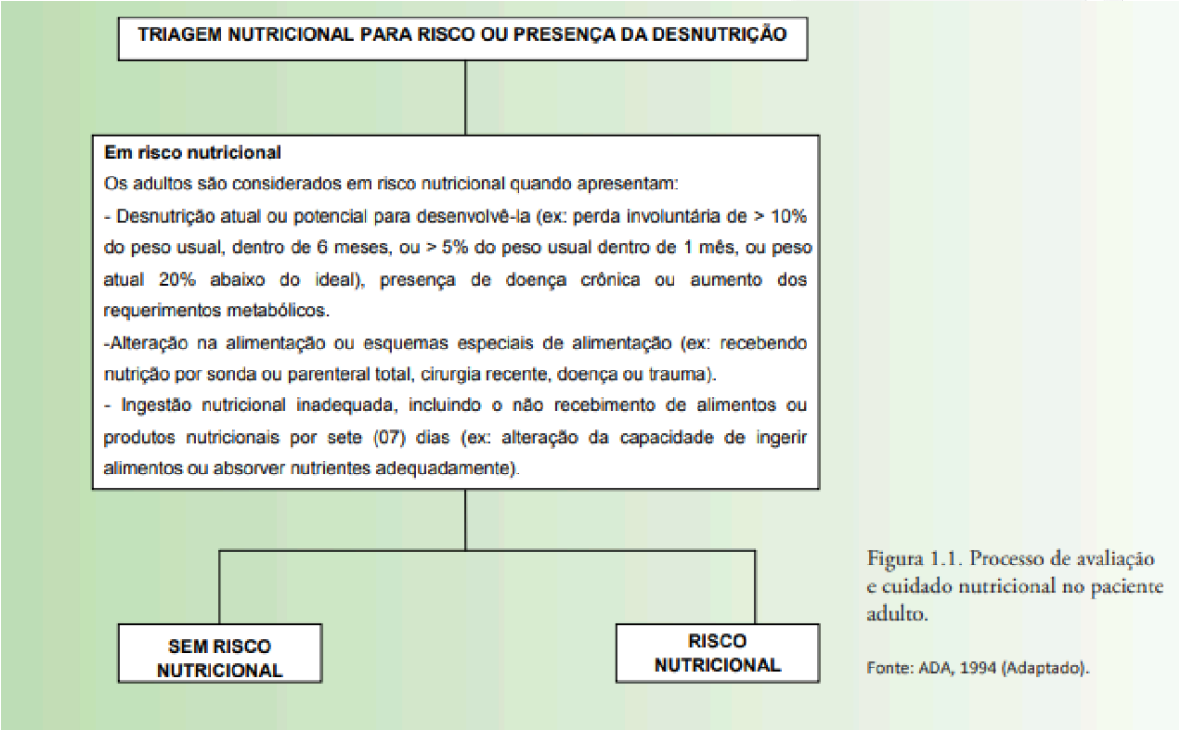


Figura 1.1. Processo de avaliação e cuidado nutricional no paciente adulto.

Fonte: ADA, 1994 (Adaptado).

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Para os pacientes que apresentarem risco nutricional pela NRS-2002, deverá ser realizada a Avaliação Nutricional é que um exame mais detalhado que deve utilizar as seguintes informações:

1. História clínica do paciente:

2. Métodos Antropométricos:

- Altura: Altura Atual

- Peso: Peso Atual (PA)

- Peso Usual (PU)

- Peso Ideal (PI)

3 Exame físico:

4 Exames Bioquímicos:

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Baseado nas informações fornecidas pela AVALIAÇÃO NUTRICIONAL. O paciente poderá ser diagnosticado como:

- Desnutrição Não grave relacionada à inanição ou não relacionada à doença;

- Desnutrição Não grave relacionada à doença aguda;

- Desnutrição Não grave relacionada à doença crônica;

- Desnutrição Grave relacionada à inanição ou não relacionada à doença;

- Desnutrição Grave relacionada à doença aguda;

- Desnutrição grave relacionada à doença crônica;

- Alto risco para desenvolvimento de desnutrição relacionada à (etiologia da desnutrição).

CÁLCULO DE NECESSIDADES ENERGÉTICAS E NUTRICIONAIS

Utiliza informações da AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Necessidades de energia e proteínas

CONTRAINDICAÇÃO DE TNE E DE PAUSA DA DIETA

Síndrome do intestino curto em fase inicial ou reabilitação do trato intestinal - Obstrução intestinal mecânica - Sangramento gastrointestinal - Vômitos incoercíveis - Diarreia intratável - Síndrome do intestino curto em fase inicial ou reabilitação do trato intestinal - Obstrução intestinal mecânica - Sangramento gastrointestinal - Vômitos incoercíveis - Diarreia intratável - Hiperlactemia (sem melhora ou em ascensão) - Acidose metabólicas - Hipercapenia grave associada a acidose metabólica - Hipoxemia descompensada - Distúrbios eletrolíticos graves

INDICAÇÃO DE VIA DUPLA - É indicado iniciar TNE em situações de risco nutricional ou existência de desnutrição, pacientes com ingestão por via oral inferior a 60% de suas necessidades nutricionais por 5 a 7 dias. - Em pacientes eutróficos com ingestão por via oral inferior a 60% de suas necessidades nutricionais por 10 a 14 dias.

NUTRIÇÃO PARENTERAL

Nutrição parenteral (NP) pode ser entendida, conforme o Art. 4o inciso XVI, da RDC (Resolução de Diretoria Colegiada) No 24 de 14 de junho de 2011, como "solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipientes de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em

pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou à manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas". Devendo ser instalada via cateter, em acesso exclusivo e pelo médico ou enfermeiro.

Para dispensação e administração de NP mais segura, a BRASPEN sugere que as instituições tenham protocoladas as seguintes competências relativas ao processo:

1 - Indicações e contraindicações de NP;

2 - Identificação segura de NP;

3 - Seleção, inserção e cuidados relativos aos acessos venosos para NP;

4 - Monitorização de NP;

5 - Dispensação e administração de NP;

6 - Manual de interação medicamento-nutriente;

7 - Complicações relativas à NP;

8 - Programa de educação continuada das competências;

9 - Monitorização de erros, eventos adversos e indicadores de qualidade;

10 - Limpeza, seleção e manejo de bombas de infusão.

Sobre validade, segundo a Portaria MS 272/1998, devem ter o início da infusão até 24h após a preparação, com tempo máximo de infusão de 24h adicionais.

A Terapia Nutricional Parenteral (TNP) está indicada em pacientes com inviabilidade do trato gastrintestinal, incapazes de atingir aporte calórico proteico maior que 60% em 5-7 dias da internação. A TNP precoce, nesses casos, reduz significativamente a incidência de complicações. Esta deve ser oferecida de forma progressiva, e isso se deve ao fato que a TN mais agressiva favorece a hiperalimentação nos primeiros dias, associando-se por vezes à inibição da autofagia e consequente pior desfecho do paciente grave. Em relação a TNP suplementar, as diretrizes recomendam que, para pacientes com risco nutricional, seu uso deve ser considerado apenas após 7-10 dias, se o paciente não atingir a meta de 60% de adequação a TNE exclusiva. A TNP pode ser uma ferramenta aliada no combate ao hipercatabolismo relacionado a doença crítica. Para pacientes de alto risco nutricional, na indisponibilidade de utilizar a via enteral para nutrição, a TNP é uma forma de garantir o aporte proteico adequado na fase aguda da doença, com impacto positivo no balanço nitrogenado desses doentes.

Atualmente o Hospital oferece bolsas de dieta parenteral no modelo RTU (Ready-to-use), sendo indicada e solicitada em acordo com a equipe de nutrição e médico responsável, com a finalidade de melhor assistir o paciente.

INDICAÇÃO QUANDO HOUVER LESÃO

- É indicado iniciar aumento do aporte proteico de acordo com o estipulado pela BRASPEN, 2021, sendo calculado baseado no peso ideal do paciente em questão.

CONDUTA NUTRICIONAL

Individualizada deve ser estabelecida a partir do Cálculo de Necessidades Energéticas e Nutricionais adequada a cada doença e/ou situação clínica.

VISITAS SUBSEQUENTES As visitas diárias são realizadas para obter informações sobre:

- Aceitação e evolução da dieta;

- Avaliação contínua da ingesta alimentar;

- Controle do estado nutricional;

- Necessidade de modificação na conduta nutricional.

São complementadas pela consulta ao prontuário e informações da equipe.

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA ALTA HOSPITALAR

Realizada mediante constatação das necessidades do paciente de orientação de alta para uma dieta especial. Deve ser realizada com antecedência suficiente para permitir o planejamento individual, a orientação e a compreensão do paciente e/ou do cuidador.

COMUNICAÇÃO DE INCIDENTES ENTRE O SERVIÇO DE NUTRIÇÃO/FARMÁCIA/ENFERMAGEM E NSP

Diariamente o NSP deverá analisar todas as notificações realizadas e encaminhar para os gestores semanalmente. Quando em caso de eventos graves, o NSP deverá encaminhar imediatamente aos gestores responsáveis a notificação para que seja realizada a investigação e tratativa dos eventos. Os mesmos terão prazo de 48 horas para devolutiva do plano de ação e após acompanhamento do NSP na execução do plano. Em caso de evento que envolva a equipe multi, deverá ser realizado um plano de ação único.

ORIENTAÇÕES SOBRE COMO NOTIFICAR INCIDENTES RELACIONADOS À TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL (OU REFERÊNCIA AO PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO INTERNA DE EAS DO SERVIÇO)

As notificações de eventos adversos relacionadas à falha na comunicação deverão ser realizadas através de formulário impresso disponibilizado no hospital.

Estimular os servidores por meio de capacitações, reuniões e campanhas temáticas a notificarem os incidentes/eventos adversos ao NQSP, bem como reportarem ao NQSP as planilhas de monitorização desses incidentes/eventos. O NQSP incluirá a temática da comunicação nos cursos de capacitação;

Orientar os chefes e supervisores acerca da elaboração e implantação dos planos de ação para os eventos considerados Never Events (Graves e Sentinelas).

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INCIDENTES RELACIONADAS À TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL

Conferir prescrição médica: volume e tipo de NPT;

Verificar glicemia capilar conforme horários estabelecidos;

Realizar esquema de insulinoterapia conforme prescrição;

Avaliar acesso venoso central antes de cada administração;

Registrar volume, data, hora, nome do paciente, leito e enfermaria;

A NPT deverá ser instalada em acesso venoso exclusivo em caso de cateter de único lúmen;

Controlar rigorosamente o gotejamento (equipo microgotas) e velocidade de infusão (bomba de infusão) nas 24h;

Trocar NPT após término de cada etapa ou se necessário;

Manter técnica asséptica na instalação das bolsas;

Trocar equipo a cada troca de bolsa.

8. INDICADORES

- Número de pacientes em VO;

- Número de pacientes em VO com suplementos;

- Número de pacientes com sonda;

- Número de pacientes de Dieta Zero.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM NUTRICIONAL
Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

Nome: Data: Clínica:

➢ 1ª etapa

	Sim	Não
1) O IMC é < 20,5 kg/m²?		
2) O paciente perdeu peso nos últimos 3 meses?		
3) O paciente teve sua ingestão dietética reduzida na última semana?		
4) O paciente é gravemente doente (ex: em terapia intensiva?)		

Sim: Se a resposta for "sim" a qualquer pergunta, a tabela a seguir deverá ser utilizada.
Não: Se a resposta for "não" a todas as perguntas, o paciente deverá ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar plano de cuidado nutricional preventivo para evitar riscos associados.

➢ 2ª etapa

Estado Nutricional Prejudicado		Gravidade da Doença (aumento das necessidades)	
Ausente Escore 0	Estado Nutricional Normal	Ausente Escore 0	Necessidades nutricionais normais
Leve Escore 1	PP > 5% em 3 meses OU ingestão alimentar na última semana entre 50-75% das necessidades nutricionais.	Leve Escore 1	Fratura de quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas: cirrose, DPOC, hemodiálise, diabetes, oncologia. Paciente fraco, mas deambula.
Moderado Escore 2	PP > 5% em 2 meses OU IMC entre 18,5 – 20,5 + condição geral prejudicada (enfraquecida) OU ingestão alimentar na última semana entre 25-60% das necessidades nutricionais.	Moderado Escore 2	Cirurgia abdominal de grande porte, fraturas, AVC. Pneumonia grave, doença hematológica maligna (leucemia, linfoma). Paciente confinado ao leito.
Grave Escore 3	PP > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) OU IMC < 18,5 +condição geral prejudicada (enfraquecida) OU ingestão alimentar na última semana entre 0-25% das necessidades nutricionais.	Grave Escore 3	Traumatismo craniano, transplante de medula óssea, paciente em terapia intensiva (APACHE > 10).

Escore do estado nutricional: _____ Escore da gravidade da doença: _____

Classificação:
Escore total ≥ 3 pontos: risco nutricional
Escore < 3 pontos: sem risco nutricional. Paciente deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar plano de cuidado nutricional preventivo para evitar riscos associados.

Escore do estado nutricional + gravidade da doença: _____
Se o paciente tem 70 anos ou mais some um ponto no escore: _____ **Escore Total:** _____

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. PIOVACARI, Silvia Maria Fraga et al. Fluxo de assistência nutricional para pacientes admitidos com COVID-19 e SCOVID-19 em unidade hospitalar. Braspen J, v. 35, n. 1, p. 6-8, 2020.

PROTOCOLO DO CENTRO CIRURGICO

RECEPÇÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO

1 - FINALIDADE: Promover a recepção de pacientes ambulatoriais ou não no Centro Cirúrgico.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro/Técnico em Enfermagem

1. Receber o paciente, identificando-o e se identificando;
2. Verificar prontuário e exames anexos do paciente, registrando em protocolo específico;
3. Registrar no prontuário o horário de chegada e condições clínicas do paciente;
4. Confirmar a realização dos procedimentos pré-operatórios indicados para a cirurgia proposta, tais como: jejum, tricotomia, administração de pré-anestésicos, retirada de prótese, alergia medicamentosa, etc;
5. Lavar as mãos;
6. Verificar e registrar os sinais vitais;
7. Realizar punção venosa e administrar medicação, conforme prescrição médica;
8. Confirmar a reserva de bolsas de sangue no banco de sangue;
9. Confirmar reserva de leito na UTI, conforme solicitação do anestesista.

5 - PERIODICIDADE

Para cada novo paciente admitido no Centro Cirúrgico do Hospital.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Prontuário, Protocolo específico, Prescrição Médica, Exames realizados.

7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Na admissão no Centro Cirúrgico, o paciente deverá estar acompanhado do prontuário e dos exames médicos solicitados;

2. Em se tratando de pacientes ambulatoriais, conferir a documentação necessária, atentar que, para este tipo de paciente, inexiste o prontuário.

MONTAGEM DA SALA DE OPERAÇÃO

1 - OBJETIVO: Promover a preparação da sala de cirurgia deixando-a pronta para a realização da cirurgia marcada.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Técnicos de Enfermagem.

4- ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Lavar as mãos;

2. Certificar-se do material e equipamentos solicitados;

3. Verificar as condições de limpeza da sala, antes de equipá-la com materiais e equipamentos;

4. Testar o funcionamento elétrico, focos de luz, equipamentos utilizados para anestesia, tomadas elétricas, mesa cirúrgica;

5. Providenciar os materiais descartáveis e medicações, também checando a validade da esterilização;

6. Dispor materiais e medicações em mesa auxiliar de acordo com a anestesia a ser realizada;

7. Prover impressos utilizados em sala cirúrgica;

8. Dispor os materiais necessários no carro de anestesia: cânula de Guedel, laringoscópio com lâminas testadas, cânulas de intubação, seringas, esparadrapo, estetoscópio, etc.

5 - PERIODICIDADE

Para cada nova cirurgia a ser realizada.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Cânula de Guedel, Laringoscópio com lâminas testadas, Cânulas de intubação, Seringas, Esparadrapo, Estetoscópio e outros necessários de acordo com a solicitação feita, Impressos.

7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

O Técnico deve certificar-se com atenção no mapa da cirurgia programada para a Sala de Operação (S.O) sob sua responsabilidade; atentando para a identificação do paciente.

O técnico deve preparar a S.O com os materiais necessários para a realização da cirurgia.

CIRCULAÇÃO DA SALA DE OPERAÇÃO

1 - OBJETIVO: Disciplinar a Circulação na Sala de Operação.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

4 - AGENTES: Técnicos de Enfermagem.

5 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Lavar as mãos;

2. Receber o paciente, apresentando-se e conferindo sua identificação;

3. Registrar a chegada e as condições clínicas do paciente;

4. Conferir exames dos pacientes;

5. Transferir paciente para mesa cirúrgica;

6. Realizar monitorização do paciente, instalando oxímetro, monitor cardíaco, aparelho de PA;

7. Posicionar a placa dispersiva em local adequado, caso o bisturi elétrico seja utilizado;

8. Iniciar a abertura dos pacotes usando técnica asséptica. Observar os integradores internos dos pacotes e anexá-los ao prontuário do paciente;

9. Auxiliar na indução anestésica (punção de veia e fornecimento de materiais de acordo com anestesia proposta);

10. Posicionar o paciente, utilizando técnicas adequadas, recursos de proteção e faixas de segurança;

Conforme procedimento cirúrgico e com auxílio da equipe anestésica e cirúrgica;

11. Auxiliar na paramentação da equipe;

12. Ligar o bisturi elétrico, conectando também o fio da placa dispersiva que está aderida ao paciente;

13. Conectar a extremidade da borracha estéril à extensão do aspirador à vácuo e ligá-lo;

14. Aproximar os hampers da equipe para desprezar compressas sujas, gases, embalagens descartáveis e outros objetos. Os hampers devem ter sacos plásticos brancos identificados para lixo infectado;

15. Aproximar do cirurgião bancos e pedais dos equipamentos e fornecer estrados;

16. Estar atento às solicitações da equipe e ao funcionamento dos equipamentos durante todo o procedimento; 17. Preencher os impressos de evolução de enfermagem e folha de consumo. Utilizar carimbo de identificação com o número de registro do COREN;

18. Suprir a Sala de Operação (S.O) dos materiais solicitados durante cirurgia;

19. Checar nome, registro, grupo sanguíneo do paciente e da bolsa de sangue, quando o paciente necessitar de transfusão; Atentar para registrar no prontuário, o tipo de sangue, quantidade, data, etc.

20. Identificar peças anátomo-patológicas, quando existirem;

21. Conferir o número de compressas;

22. Ao final do procedimento, auxiliar nos curativos cirúrgicos;

23. Registrar término cirúrgico;

24. Registrar cirurgia no livro de pequenas, médias e grandes cirurgias.

6 - PERIODICIDADE

Para cada cirurgia realizada.

7 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Exames, Oxímetro, Monitor cardíaco, Aparelho de Pressão Arterial, Placa dispersiva, Bisturi elétrico, Aspirador a vácuo, Hamper, Folha de Evolução de Enfermagem, Folha de Consumo, Prontuário, Livro de Cirurgias.

8 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. O circulante deverá usar roupas privativas, máscara cirúrgica e outros Equipamentos de Proteção

Individual (EPI´s) quando necessário;

2. O circulante deve suprir a S.O dos materiais necessários;

3. Evitar aberturas desnecessárias da porta da S.O, mantendo-a sempre fechada durante o procedimento cirúrgico;

TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PARA A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

1 - OBJETIVO: Promover a transferência do paciente cirúrgico para a Sala de Recuperação Pós Anestésica.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Técnicos de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Remover campos e lençóis úmidos que estão sobre o paciente e cobri-lo com lençóis, cobertores, garantindo seu aquecimento e privacidade;

2. Registrar os sinais vitais do paciente;

3. Retirar monitorização do paciente, após avaliação do anestesista;

4. Transportar o paciente para maca, cuidando para que infusões, curativos, sondas e drenos não sejam tracionados;

5. Organizar o paciente com os impressos e exames, encaminhando-os com o paciente para a Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA);

6. Retornar à sala e iniciar a desmontagem.

5 - PERIODICIDADE

Quando for autorizado pela Equipe Médica e pelo anestesista.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Lençóis, Cobertores, Impresso (Registro de Sinais Vitais do Paciente), Exames.

7 - OBSERVAÇÕES/CONSIDERAÇÕES

1. O paciente cirúrgico deve ser transferido para SRPA após autorização do anestesista;

2. O paciente deve ser transferido para SRPA em maca e devidamente protegido.

ADMISSÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

1 - OBJETIVO: Promover a admissão e a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico na SRPA.

2. **- SETOR:** Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro/Técnico em Enfermagem

1. Registrar horário da chegada do paciente na RPA (Recuperação Pós Anestésica);

2. Lavar as mãos;

3. Observar e registrar as condições clínicas do paciente na chegada: estado de consciência e atividade, frequência respiratória, expansibilidade torácica, pulso, frequência cardíaca, temperatura e saturação de O2;

4. Lavar as mãos;

5. Controle dos sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora e após a primeira hora, a cada 30 minutos;

6. Lavar as mãos;

7. Administração de medicações conforme prescrição e necessidade apresentada pelo paciente, efetuando seu correto registro;

8. Manutenção da permeabilidade de cateteres, sondas e drenos;

9. Registro de toda e qualquer intercorrência apresentada pelo paciente, bem como a conduta tomada;

10. Comunicar ao anestesista qualquer intercorrência observada;

11. Conferir se no prontuário do paciente constam exames trazidos / realizados pelo mesmo;

12. Observar e registrar condições clínicas do paciente no momento da alta e do encaminhamento;

13. Registrar horário de saída do paciente da SRPA;

II. Técnico em Enfermagem

14. Proceder limpeza do leito do paciente com compressa umedecida com álcool a 70%;

5 - PERIODICIDADE

Sempre que o paciente for admitido na Sala de Recuperação Pós Anestésica e necessitar de assistência da enfermagem.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Prescrição Médica, Impresso de Assistência da Enfermagem (com o registro dos sinais vitais do paciente).

7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Na SRPA, o paciente deverá ficar sob observação contínua até que seja transferido para outro setor.

DESMONTAGEM DA SALA DE OPERAÇÃO

1. **- OBJETIVO:** Promover a desmontagem da Sala de Operação.

2. **- SETOR:** Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Técnicos de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Reunir todos os materiais não usados (estéreis) colocando-os em carro para devolução ao Centro de Material Esterilizado (CME);

2. Calçar luvas de procedimentos;

3. Retirar materiais pérfuro-cortante descartando-os em caixa própria;

4. Recolher caixa de pérfuro-cortante quando atingir sua capacidade, lacrando-a;

5. Recolher em hamper campos, compressas e outros revestimentos da Sala de Operação (SO). Assegurar-se de que não houve esquecimento de instrumentos entre os campos, antes de encaminhar os tecidos para lavanderia;

6. Retirar instrumentos das mesas colocando em suas respectivas caixas, contando o número de peças. As pinças não deverão ser fechadas exceto as de campos (Backhaus). Os materiais mais leves deverão ser colocados sobre os mais pesados evitando danos;

7. Aspirar com o aspirador os líquidos restantes em mesas como soros e anti sépticos. Não desprezar em lixo ou hamper;

8. Retirar os acessórios dos aparelhos como placa do bisturi elétrico, frascos de aspiração, conexões;

9. Avisar aos funcionários da limpeza para retirada de lixo, troca dos sacos plásticos e limpeza do chão;

10. Proceder à limpeza concorrente e montagem para próxima cirurgia, conforme orientação do enfermeiro.

5 - PERIODICIDADE

A desmontagem da S.O deve ser realizada após a saída do paciente e antes da limpeza concorrente.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Materiais Estéreis não usados (devolvidos ao CME), Instrumentos cirúrgicos utilizados, Aspirador.

LIMPEZA TERMINAL DO CENTRO CIRÚRGICO

1 - OBJETIVO: Promover a Limpeza Terminal do Centro Cirúrgico.

2- SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Técnicos de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Lavar as mãos;

2. Iniciar do local mais limpo para o mais sujo, utilizando Equipamentos de proteção Individual (EPI's) adequados;

3. Realizar limpeza do mobiliário, focos, equipamentos como monitores, carros de anestesia, mesa cirúrgica, leitos da Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) e etc, com compressa umedecida com álcool à 70%;

4. Recolher o material usado encaminhado ao expurgo;

5. Proceder à montagem da Sala de operação (S.O.).

5 - PERIODICIDADE

Deverá ser realizada diariamente após o término do último procedimento cirúrgico do dia;

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Álcool a 70%, EPI 's adequados, Panos umedecidos.

LIMPEZA SEMANAL DO CENTRO CIRÚRGICO

1 - OBJETIVO: Promover a Limpeza Semanal do Centro Cirúrgico.

2 -SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Executor de Serviços Básicos, Técnicos de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Executor de Serviços Básicos

1. Lavar as mãos;

2. Realizar limpeza com água, sabão e/ou álcool à 70% das bancadas, pisos, tetos, pias, banheiros, estantes, armários, portas, paredes, prateleiras, geladeira.

II. Técnico em Enfermagem

1. Realizar a limpeza do mobiliário da Sala de Operação (S.O), Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA), focos, visor, equipamentos, com compressas umedecidas em água e sabão;

2. Remover a solução detergente dos materiais acima citados, com compressas umedecidas em água;

3. Proceder a desinfecção com compressas umedecidas em álcool à 70%, a mesma deverá ser realizada em todas as salas (setores) que compõem o centro cirúrgico;

4. Reunir instrumentais vencidos e encaminhá-los ao Centro de Material Esterilizado (CME), e as roupas deverão ser encaminhadas à lavanderia.

5 - PERIODICIDADE

A limpeza semanal deverá ser acrescida da limpeza dos vidros, das áreas administrativas (Posto de Enfermagem), arsenal, copa, almoxarifado, sala de desinfecção química, sala de equipamentos, farmácia interna; enfim todas as áreas que compõem a unidade.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Álcool a 70%, EPI 's adequados, Panos umedecidos, Sabão, Água, Solução Detergente.

LIMPEZA CONCORRENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

1 - OBJETIVO: Promover a Limpeza Semanal do Centro Cirúrgico.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Executor de Serviços Básicos, Técnicos de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Prover-se dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) adequados;

2. Retirar instrumentais, equipamentos, roupas, acessório e material pérfuro-cortante;

3. Limpar com compressas umedecidas em álcool etílico à 70% o mobiliário, acessórios, equipamentos e focos;

4. Recolher instrumental, acessórios do carro de anestesia utilizados e encaminhá-los ao expurgo.

II. Executor de Serviços Básicos

1. Colocar no hamper toda roupa suja;

2. Recolher a roupa suja do hamper e encaminhá-la ao expurgo.

5 - PERIODICIDADE

Deverá ser realizada imediatamente após o término de uma cirurgia e início da outra, para remoção de sujidade e matéria orgânica presente nos instrumentais, acessórios de equipamentos, roupas e lixo;

Após procedimentos infectados ou de longa duração, recomenda-se que se utilizem os critérios de limpeza terminal, que inclui a limpeza total das paredes e do teto;

Ao término da limpeza, proceder à montagem da Sala de Operação (S.O) de acordo com o procedimento cirúrgico subsequente.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Álcool a 70%, EPI’s adequados

PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE DOENÇAS EM CENTRO CIRÚRGICO

1 - OBJETIVO: Estabelecer medidas utilizadas com a finalidade de manter o ambiente seguro e asséptico para realização do ato anestésico e cirúrgico, com o objetivo de reduzir o número de contaminação e disseminação de infecções no centro cirúrgico.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiro, Técnico em Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Lavar as mãos;

2. Realizar limpeza entre uma cirurgia e outra, na mesa cirúrgica, acessórios, aparelho de anestesia, mesa de instrumental;

3. Desprezar os fluídos no expurgo;

4. Selecionar os materiais da Sala de Operação (S.O), entre materiais para lavanderia (roupa), expurgo (instrumental), lixo e pérfuro-cortante.

II. Enfermeiro/Técnico em Enfermagem

5. Trocar os circuitos de anestesia de paciente para paciente.

5 - PERIODICIDADE

As Medidas de Prevenção devem ser adotadas de maneira sistemática;

As Medidas devem ser intensificadas entre uma cirurgia e outra.

6 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Usar uniforme privativo, trocando quando necessário (cirurgias contaminadas);

2. Usar propés nas áreas restritas e semi-restritas e trocá-los quando úmidos ou sujos por sangue, secreções e durante a desinfecção terminal da sala;

3. Usar máscara cirúrgica cobrindo boca e nariz;

4. Usar óculos de proteção com o objetivo de isolar a mucosa ao realizar cuidados em paciente;

5. Usar aventais de chumbo quando da realização de cirurgias com radiação;

6. Manter número de pessoas reduzido na Sala de Operação.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

1 - OBJETIVO: Proceder a assistência de enfermagem ao paciente que apresentou complicações respiratórias na SRPA.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiro, Técnico em Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro /Técnico em Enfermagem

1. Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência respiratória;

2. Elevar o decúbito;

3. Aumentar a oferta de O2;

4. Solicitar realização de respiração profunda;

5. Aspirar a secreção orotraqueal;

6. Administrar medicamentos prescritos;

7. Providenciar material para intubação e/ou ventilação do paciente, se necessário;

8. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, na Folha de Assistência de Enfermagem.

5 - PERIODICIDADE Sempre que o paciente apresentar complicações respiratórias na SRPA;

6 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

O paciente deve ser monitorado com oxímetro de pulso;

O paciente deve ser monitorado quanto aos sinais de insuficiência respiratória.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES CARDÍACAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

1 - OBJETIVO: Proceder a assistência de enfermagem ao paciente que apresentou complicações cardíacas na SRPA.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiros, Técnico em Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro e Técnico em Enfermagem

1. Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência cardíaca;

2. Manter paciente normotérmico;

3. Administrar medicamentos prescritos;

4. Providenciar material para atendimento de urgência;

5. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Registro de Enfermagem.

5 - PERIODICIDADE

Sempre que o paciente apresentar complicações cardíacas na SRPA.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Prescrição Médica, Folha de Registro de Enfermagem.

7 - OBSERVAÇÕES /CONSIDERAÇÕES

1. O paciente deve ser monitorado com oxímetro de pulso, eletrodos e aparelho de PA;

2. O paciente deve ser observado quanto aos sinais de parada cardíaca.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

1 - OBJETIVO: Proceder a assistência de enfermagem ao paciente no choque hipovolêmico na SRPA.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico

3 - AGENTES: Enfermeiros, Técnico em Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro e Técnico em Enfermagem

1. Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da saturação de O2;

2. Repor líquidos de acordo com prescrição médica;

3. Elevar membros inferiores;

4. Providenciar material para atendimento de urgência;

5. Manter acesso venoso adequado;

6. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Assistência da Enfermagem.

5 - OBSERVAÇÕES /CONSIDERAÇÕES

Monitorizar o paciente com oxímetro de pulso e aparelho de PA.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

1 - OBJETIVO: Proceder a assistência de enfermagem ao paciente com hipotermia na SRPA, mantendo o paciente aquecido com cobertores.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiros, Técnico em Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro /Técnico em Enfermagem;

1. Lavar as mãos;

2. Monitorizar os sinais vitais;

3. Controlar a temperatura frequentemente;

4. Administrar soro aquecido, conforme prescrição médica;

5. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Assistência de Enfermagem.

5 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS Folha de Assistência de Enfermagem, Prescrição Médica.

SOLICITAÇÃO DE MATERIAL AO CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)

1 - OBJETIVO: Realizar o pedido de material ao Centro de Material Esterilizado (CME).

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiros, Técnico em Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro

1. Verificar no mapa cirúrgico os tipos e a quantidade de cirurgias;

2. Verificar o estoque de material no arsenal;

3. Solicitar os materiais em impresso próprio até às 15:00 horas. Em caso de urgência/emergência e na ausência da enfermeira, os materiais podem ser solicitados pelos técnicos de enfermagem em outros horários.

II. Enfermeiro /Técnico em Enfermagem

4. Receber o material e conferir o pedido;

5. Armazenar o material de forma adequada.

5 - PERIODICIDADE

1. A solicitação de materiais ao CME deve ser realizada diariamente pelo (a) enfermeiro (a) do Centro Cirúrgico;

2. Os materiais devem ser solicitados um dia antes da realização do procedimento cirúrgico.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Mapa Cirúrgico, Impresso de Solicitação de Material ao CME.

ORGANIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS, ROUPAS SUJAS E RESÍDUOS INFECTANTES (SÓLIDOS)

1 - OBJETIVO: Estabelecer normas para a organização dos instrumentos, roupas sujas e resíduos infectantes (sólidos) provenientes do Centro Cirúrgico.

2. - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de limpeza.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro / Médico / Técnico em Enfermagem / Auxiliar de Limpeza, Docentes e Discentes.

1. O material a ser esterilizado na Central de Materiais Esterilizados (CME) deve ser acondicionado em recipiente resistente à perfuração, observando os cuidados para evitar acidentes com materiais perfurocortantes (Ex.: pinças fechadas e bisturi sem a lâmina);

2. Os resíduos sólidos devem ser descartados em sacos plásticos próprios, sem extravasamento de material ou líquido, mantendo a superfície externa limpa;

3. Os materiais perfurocortantes devem ser desprezados em coletores especiais;

4. As roupas sujas devem ser acondicionadas em sacos plásticos especiais, evitando o extravasamento de líquidos e mantendo limpa a superfície externa do saco coletor;

5. O transporte de resíduos sólidos e de roupa suja deve ser feito em carrinhos próprios e fechado

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PRÉ-OPERATÓRIO

1. OBJETIVO

Prestar assistência de enfermagem de forma integral, individualizada, segura e documentada para o paciente em pré-operatório e registrada desde sua chegada na sala de (SRPA) até que ele esteja em condições de ser encaminhado à sala operatória.

2. MATERIAIS

- Máscara cirúrgica
- Pijama cirúrgico
- Luvas de procedimento
- Touca
- Propé
- Prontuário do paciente
- Prescrição médica e medicamentos (se necessário)
- Processo de Enfermagem do paciente
- Carro de urgência
- Mesas auxiliares
- Coletor para material perfurocortante
- Bancos
- Escada
- Lixeiras
- Suporte de soro
- Aspirador a vácuo
- Hampers
- Monitor cardíaco
- Oxímetro

- Esfigmomanômetro
- Livro de SPRA
- Caneta
- Álcool a 70%
- Gaze
- Soro fisiológico 0,9%
- Garrote
- Cateter agulhado de todos os tamanhos (14G, 16G, 18G, 20G, 22G, 24G)
- Curativo para fixação de cateter agulhado
- Extensor 2 vias
- Equipo
- Macas
- Kit materiais

3. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Enfermeiro
- Técnico de enfermagem

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Deixar a sala cirúrgica e de recuperação pré e pós-anestésica pronta e conferida antes da entrada de cada paciente;
- Solicitar ao setor de origem que encaminhe o paciente para centro cirúrgico (SRPA) mediante a entrega dos seguintes dados: nome completo do paciente, leito, tipo de procedimento cirúrgico que será realizado e o tipo de precaução que o paciente se encontra.

- Receber o paciente pré-cirúrgico, e comunicar o procedimento de espera na SRPA até o momento do ato anestésico cirúrgico.

- Realizar a conferência da pulseira de identificação, se possível questionar o nome, data de nascimento e nome da mãe.

- Registrar no livro de SRPA o horário da chegada do paciente, data, nome completo, número do prontuário, leito, alergias, jejum, assim como presença de exames laboratoriais e de imagem e Risco Cirúrgico.

- Verificar o nível de consciência e o estado geral do paciente; identificando-o conforme o Protocolo da Cirurgia Segura; conferir os dados no prontuário; e realizar o checklist pré-operatório, principalmente o tipo de cirurgia e a lateralidade (se houver) demarcando o sítio cirúrgico de acordo com as informações do paciente e quando necessário.

- Identificar possíveis sinais de ansiedade e inquietação, se necessário.

- Tranquilizar o paciente, se necessário, provendo informações sobre o ato cirúrgico e/ou atendendo suas necessidades individuais;

- Conferir ausência ou presença de adornos, próteses/implantes ocular, auditiva, ortopédico, dentária e marcapasso;

- Conferir prontuário checando documentação correta e termos de consentimentos assinados (Termo de consentimento cirúrgico, termo de consentimento anestésico, termo de hemotransfusão e avaliação pré anestésica), prescrição (medicações a serem utilizadas antes, durante e após o ato cirúrgico), exames dos paciente, e processo de enfermagem.

- Analisar/confirmar o jejum realizado, esvaziamento vesical e intestinal;

- Deixar o paciente confortável, atentando-se para os dispositivos médicos e para a privacidade do paciente.

- Em caso de dispositivos médicos e/ou lesões, avaliar a integridade da pele e à fixação de drenos, cateteres e curativos;

- Realizar monitorização do paciente, instalando oxímetro, monitor cardíaco, aparelho de Pressão Arterial e mensurar sinais vitais em caso de alteração e comunicar a equipe médica.

· Realizar exame físico simplificado, de acordo com o enfermeiro; em caso de alterações, comunicar a equipe médica;

· Avaliar punção venosa periférica em relação ao refluxo e fluxo, se caso o paciente já estiver puncionado;

· Encaminhar o paciente de forma segura e quando a sala de operação estiver totalmente equipada e quando a equipe cirúrgica estiver presente (cirurgião, assistente, anestesista e circulante de sala);

· Anotar o horário de encaminhamento para a Sala Operatória;

5. REFERÊNCIAS

SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas Recomendadas: Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilização - 7ed. rev. E atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: 2017.

CUIDADOS NA UTILIZAÇÃO DE BISTURI ELÉTRICO

1. OBJETIVO

Definir o correto posicionamento da placa do bisturi e assim evitar queimaduras no paciente submetido ao procedimento cirúrgico.

2. MATERIAIS

· Placa dispersiva (metal ou descartável)

· Gel para placa

· Bisturi elétrico

· Caneta de eletrocautério

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

· Compete ao enfermeiro orientar e supervisionar a execução da atividade;

· Compete ao circulante de sala (enfermeiro assistencial, técnico de enfermagem) colocar a placa dispersiva no paciente;

· Higienizar as mãos antes do início do procedimento;

· Apresentar-se ao paciente, explicando o procedimento a ser executado;

· Conferir os dados da pulseira de identificação com o cadastro do paciente e com as informações confirmadas por ele ou familiar;

· Para assegurar a identificação segura do paciente, observar: nome completo, data de nascimento e número de prontuário;

· Inspecionar a pele do paciente para verificar sua integridade;

· Inspecionar o local para colocar a placa dispersiva e evitar superfícies muito pilosas, com pele escarificada ou com saliências ósseas, pois diminuem o contato da placa com o corpo do paciente;

· Remoção de pelos - A tricotomia deve ser realizada para diminuir a impedância da área, melhorando o contato com a pele;

· Utilizar gel na placa dispersiva de metal para aumentar a condutibilidade entre a placa e o corpo do paciente;

· Posicionar a placa dispersiva em área de massa muscular próxima ao sítio cirúrgico;

· Posicionar a placa em áreas de maior massa muscular como panturrilha, face posterior da coxa e glúteos, de modo a manter um contato uniforme com o corpo;

· Posicionar a placa dispersiva afastada de próteses metálicas;

· Zelar para que não haja deslocamento da placa dispersiva do corpo do paciente durante o procedimento anestésico-cirúrgico;

· Manter a placa em uma superfície seca, sem contato com partes metálicas da mesa de cirurgia;

· Manter o "plug" do cabo da placa afastado do corpo do paciente para não causar lesões de pele em decorrência da pressão;

· Atentar para o risco de combustão quando houver uso de substâncias inflamáveis como antissépticos e anestésicos;

· Atentar de forma especial aos pacientes portadores de marca-passo para evitar a interferência do bisturi;

· Após a cirurgia deve-se inspecionar a pele do paciente para verificar sua integridade, particularmente nas áreas de pressão por conta da posição do coxim e da placa;

· A retirada das placas descartáveis deverá ser feita puxando por um dos cantos do lado do cabo e segurando a pele adjacente, a fim de evitar lesões na pele do paciente. Nunca utilizar o cabo para retirar a placa;

· As placas descartáveis devem ser descartadas no final do procedimento;

· Notificar ao setor de qualidade as queixas técnicas, incidentes e/ou eventos adversos, caso ocorram.

4. REFERÊNCIAS

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização– 7 edição. São Paulo: SOBECC, 2017. p.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM INTRA OPERATÓRIO

1. OBJETIVO

Prestar assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico durante a fase intraoperatória.

2. MATERIAIS

· Prontuário do paciente;

- Prescrições médicas;
- Evoluções do ato cirúrgico;
- Nota de consumo de material;
- Check list;
- Caneta;
- Materiais e insumos necessários para o procedimento específico;
- Máscara;
- Gorro;
- Luvas.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos antes e após qualquer atividade ou procedimento com água e sabão ou álcool em gel 70%;
- Verificar e testar materiais e equipamentos da sala operatória, forrar mesa cirúrgica com oleado ou saco plástico e lençol;
- Separar e acomodar instrumental cirúrgico e materiais necessários ao procedimento;
- Conduzir o paciente a SO, apresentar-se e conferir identificação, confirmar dados do prontuário, confirmar jejum e verificar se o paciente retirou adornos, prótese, zelar pelo pudor do paciente;
- Colocar o paciente em posição anatômica para evitar dor no pós-operatório;
- Auxiliar o anestesista na punção venosa, na indução anestésica e no fornecimento de materiais de acordo com a anestesia proposta;
- Manter-se atento às etapas da anestesia, atuando em consonância com o anestesista para fornecer materiais e equipamentos;

- Realizar a 1ª fase de segurança em cirurgia (check list);
- Orientar ao paciente quanto ao procedimento que será realizado, junto a equipe médica;
- Colocar a placa de bisturi no paciente em local apropriado, em área de grande massa muscular, que permite aderência total da placa e sempre mais próximo possível da incisão, do mesmo lado distante de proeminência óssea, porém cuidado para que a placa não seja molhada. Se necessário pode-se fazer tricotomia da região para garantir aderência adequada;
- Realizar tricotomia, se necessário, utilizando de preferência tricotomizador elétrico;
- Registrar em nota de consumo os horários de entrada do paciente na SO, anestesia e o início do procedimento cirúrgico;
- Manter o paciente aquecido;
- Após a anestesia, colocar o paciente na posição recomendada, de acordo com o procedimento cirúrgico, com ajuda da equipe anestésica e cirúrgica, utilizando técnicas adequadas e recursos de proteção. Como coxins, protetores laterais , prolongadores de mesa, conter os membros superiores para que não solte as braçadeiras com faixas de segurança que devem ser usadas de forma que não fiquem apertadas, todos os itens devem ser avaliado pela equipe;
- Realizar a segunda fase da lista de verificação de segurança em cirurgia antes da incisão cirúrgica. (Check List);
- Caso esteja sozinho na sala, iniciar o auxiliar à paramentação da equipe cirúrgica, somente depois que o paciente estiver anestesiado;
- Iniciar a abertura dos pacotes usando técnica aséptica de acordo com solicitação da equipe, conferir junto ao instrumentador e/ou cirurgião assistente o integrador químico interno imediatamente após a abertura do material. Recolher etiqueta de Controle de Identificação do material que será anexada à Folha de Rastreabilidade.
- Colocar antissépticos, medicações, soluções conforme solicitadas;
- Ligar o bisturi elétrico, conectando também o fio da placa dispersiva,
- Posicionar focos de luz sobre o campo operatório;
- Ligar aspirador, quando necessário;

- Aproximar *hampers* e os lixos para a equipe desprezar compressas sujas, gaze
- embalagens descartáveis e outros objetos;
- Aproximar do cirurgião bancos e pedais dos equipamentos e fornecer-lhes estrado, quando necessário;
- Utilizar carimbo de identificação, com o número do registro no COREN, ao término das anotações;
- Evitar a abertura desnecessária da porta da sala de cirurgia, mantendo-a sempre fechada durante o procedimento;
- Evitar sair da sala: a solicitação extra de materiais deve ser feita para o circulante externo;
- Não abrir material estéril em excesso;
- Manter certa distância da mesa do instrumentador ao oferecer material e ao circular, para evitar contaminação, evitar movimentos bruscos;
- Manter a sala em ordem, após o início da cirurgia e ao longo de todo procedimento;
- Preencher os impressos, como folha de gastos e ficha do intraoperatório, relatando medicações e infusões utilizadas, no início e término do procedimento anestésico-cirúrgico, conforme protocolo da instituição;
- Usar máscaras cirúrgicas adequadamente; evitando falar muito próximo do material esterilizado;
- Desligar focos de luz e equipamentos afastando-os da mesa cirúrgica;
- Remover campos e lençóis úmidos que estejam sobre o paciente;
- Vestir o paciente cobrindo-o com lençóis, cobertores, garantindo seu aquecimento e sua privacidade;
- Auxiliar o anestesista na reversão da anestesia;
- Realizar terceira e última fase da lista de verificação de segurança em cirurgia antes da saída do paciente da SO de acordo com o procedimento estabelecido pela instituição;
- Conferir quantidade de instrumentos, compressas, gaze e agulhas utilizadas

· após o procedimento;

· Auxiliar o anestesista no transporte do paciente da mesa cirúrgica para a cama com cuidado para que as infusões, curativos, sondas e drenos não sejam tracionados;

· Organizar o Prontuário com impressos, pertences e exames, encaminhando-os com o paciente para SRPA;

· Auxiliar no transporte do paciente para SRPA contribuindo com o anestesista na observação do paciente;

· Realizar a passagem do paciente para a equipe de enfermagem da SRPA;

· Recolher o material da sala e conferir instrumentais das bandejas e caixas acondicionado em saco branco em container fechado no corredor encaminhando-as a CME;

· Identificar, encaminhar peças cirúrgicas ao CME/SC;

· Lavar/ higienizar as mãos;

· Retornar a sala, a fim de iniciar a desmontagem;

· Solicitar limpeza da sala cirúrgica;

OBS: Os materiais e equipamentos devem ser testados no início do plantão, porém deve-se verificar seu funcionamento antes de iniciar os procedimentos seguintes.

5. **REFERÊNCIAS**

FIGUEIREDO, N. M. A de; MACHADO, W. C. A. (Org.). Tratado de cuidados de enfermagem. Vol. 1. São Paulo: Roca, 2012. NETTINA.

SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas Recomendadas: Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilização - 7ed. rev. E atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: 2017.

POSICIONAMENTO DO PACIENTE PARA A CIRURGIA E MEDIDAS DE CONTENÇÃO

1. OBJETIVO

· Assistir adequadamente o paciente no posicionamento para realização de procedimentos cirúrgicos, bem como medidas de contenção, orientando e padronizando;

· Promovendo conforto do paciente, monitorização dos seus parâmetros clínicos, favorecendo a exposição do sítio operatório, protegendo contra traumas e lesões.

OBS: Para o posicionamento o item tempo de cirurgia e o tipo de anestesia deve ser estimado.

2. MATERIAIS

· Mesa operatória com os acessório (braçadeiras,perneiras,ombreiras,contensores laterais,manete de suporte de cabeça,extensão da mesa,posicionador de fêmur,outros);

· Travesseiros;

· Rodilhas;

· Almofadas;

· Coxins (podem ser preparados pela equipe segundo a necessidade);

· Campos e lençóis;

· Compressas;

· Faixas;

· Cintas;

· Fita adesiva e esparadrapo;

· Suporte de cabeça.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

1. Posição Dorsal ou supina

· Deitar o paciente de costas, com a coluna vertebral repousando no colchão da mesa cirúrgica.

· Estender as pernas do paciente, colocando coxins sob os joelhos e rodilhas de compressas sob os calcanhares.

· Colocar os braços do paciente sobre um suporte de braços com angulação menor que 90 graus, tendo o cuidado de nivelar com o colchão observando a distensão do plexo, os mesmos devem ser contidos para evitar quedas; também podem ficar ao longo do corpo, segundo a necessidade da equipe, porém nesta posição é preciso muita atenção para não ocorrer a compressão dos membros.

· Proteger a cabeça do paciente com rodilha ou travesseiro apropriado.

2. Decúbito ventral

· Após a intubação do paciente, virá-lo para que fique de bruço.

· Utilizar o apoio de cabeça próprio, apoiando a face do paciente no redistribuidor de pressão, proteger a testa, nariz, queixo e os olhos tendo cuidado com o tubo endotraqueal.

· Colocar coxins em formato de rolos sob as laterais do tórax, e região pélvica, deixando o tórax livre para o movimento respiratório.

· Atentar para não comprimir as mamas e o pênis.

· Colocar rodilhas de compressas nos joelhos e coxim sob os tornozelos, para reduzir pressão

· Garantir a posição anatômica dos pés.

3. **Posição sentada ou Fowler**

· Após a anestesia ajustar a mesa a posição, tendo cuidado de apoiar a cabeça do paciente com rodilha ou apoio próprio, fazendo a contenção da cabeça.

· Ajustar os braços em uma posição confortável, nas braçadeiras.

· Colocar travesseiros ou almofadas sob a nádega, rodilhas de compressa sob os calcanhares.

· Fixar o tubo endotraqueal.

· Proteger os olhos.

4. **Posição de trendelemburg**

· Colocar o paciente deitado, com os mesmos cuidados da posição dorsal.

· Conter o paciente com faixas, colocando ombreiras com proteção no mesmo.

· Ao término da cirurgia, o paciente deverá ser recolocado na posição original devagar para prevenir hipotensão.

5. **Posição ginecológica ou litotômica**

· Deitar o paciente em decúbito dorsal com as pernas abertas e apoiadas em perneiras protegidas, amarradas para evitar que as mesmas caiam

· Apoiar a cabeça com rodilha ou travesseiro apropriado

· Acolchoar quadril e nádegas para amenizar compressão

· Abrir os braços sobre as braçadeiras forradas e contê-los para não cair

OBS: Ao fim da cirurgia ao retirar as pernas do paciente para retorno à posição original é necessário aviso prévio ao anestesista e massagem nas panturrilhas

6. **Posição renal**

· Posicionar o paciente em decúbito lateral, sobre o lado oposto ao do procedimento, com as costas próximas ao bordo da mesa.

· Flexionar a perna inferior, com a superior sobre ela estendida e entre elas travesseiros, campos e ou lençóis, prevenindo compressão circulatória.

· Apoiar os braços em suportes duplos, acolchoando a região da axila para aliviar pressão do plexo.

· Elevar o segmento pilete da mesa correspondente a região renal ou colocar um coxim que deverá ser vistoriado pelos cirurgiões.

· Inclinar a mesa para baixo em direção à cabeça.

· Prender o quadril com faixa ou esparadrapo para evitar quedas.

· Apoio para as regiões anterior e posterior do tronco,para estabilização.

7. **Posição torácica**

· Seguir as orientações dos itens 1,2,3 da posição renal.

· Prender o paciente com faixa para evitar queda.

8. **Posição de jack knife (canivete)**

· Deitar o paciente de bruços com a cabeça lateralizada sobre a rodilha para não comprimir a orelha.

· Posicionar a pelve sobre a junção inferior à mesa.

· Repousar os quadris do paciente sobre travesseiro ou coxim (de acordo com cirurgião) quebrando o segmento da mesa correspondente aos mesmos em até 90 graus.

· Braçadeiras invertidas para a parte da frente da mesa para o apoio dos braços.

· Coxim sob os tornozelos, coxins nas laterais do tórax e ombros para evitar a compressão do tórax.

9. **Posição lateral ou de sims**

· Seguir os itens 1,2,3 da posição renal.

· Proteger as laterais dos pés, com lençóis e ou campos, evitando pressão.

· Após o posicionamento conter o paciente com faixas para evitar quedas.

10. Posição proclive

· Todos os cuidados da posição trendelenburg;

· Colocar faixas de contenção para evitar quedas.

5. REFERÊNCIAS

SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas Recomendadas: Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilização - 7ed. rev. E atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: 2017.

PRÉ LIMPEZA DOS INSTRUMENTAIS NA SALA CIRÚRGICA

1. OBJETIVOS

Evitar ressecamento de matéria orgânica, formação de biofilme e esporulação de bactérias;

Facilitar a remoção da sujidade no processo de limpeza e preservar a integridade física do instrumental.

2. MATERIAIS

· Frasco borrifador do detergente pré-lavagem (marca determinada pela instituição);

· Caixa cirúrgica com exposição dos instrumentais cero sanguinolentos;

· Saco branco leitoso com símbolo infectante;

· Solução fisiológica;

· Água destilada.

3. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Enfermeiros, técnicos de enfermagem, equipe cirúrgica e de anestesia.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

1. – Finalidade do procedimento

1) Garantir que o instrumental chegue ao local de limpeza (CME) com carga orgânica hidratada, para prevenção da aderência de matéria, na superfície, dos materiais médicos hospitalares;

2) Possibilitar melhor ação química do detergente enzimático;

3) Diminuir o risco de infecção cruzada;

4) Evitar o aparecimento de manchas e oxidações no instrumental;

5) Diminuir a quebra e necessidade de manutenção frequente dos instrumentais;

6) Na termodesinfectora – permitir que o jateamento atinja diretamente as superfícies dos instrumentais aumentando o contato físico-químico;

7) Na lavadora ultrassônica – as ondas ultrassônicas se propagam no meio líquido. Menor quantidade de matéria orgânica permite melhor cavitação;

Detalhamento do procedimento

1) Recolher e separar a caixa cirúrgica/bandeja/Item avulso imediatamente após o término do procedimento. "A preparação para descontaminação de instrumentos deve começar no ponto de utilização";

2) Disponibilizar os instrumentais nas caixas/bandejas para a realização da conferência, contagem e registro na etiqueta de identificação no quantitativos de materiais (rótulo CME);

3) Garantir que os instrumentais estejam com as articulações abertas dentro da caixa/bandeja;

4) Realizar a aplicação direta, sobre os instrumentais, borrifando o detergente pré-limpeza, de maneira abundante e uniforme. Observação: · Caixas pesadas que possuem grande quantitativo de peças, deverão receber a umectação por camada, assim assegura-se que os instrumentos dispostos na parte de baixo da caixa também estarão suficientemente umedecidos;

5) Utilizar como umectantes de instrumentais, junto ao detergente pré-limpeza: todas as soluções que serão desprezadas após cirurgia (Ex: solução fisiológica, água destilada etc.);

6) Manter todas as peças da caixa/bandeja cirúrgica molhadas, observando umidade em todos os instrumentais e suas e articulações.

7) Inserir a caixa/bandeja cirúrgica molhada em saco plástico específico (contaminado);

8) Amarrar o saco contaminado para não ocorrer vazamento abundante e acomodá-lo em container preto específico para transportar ao CME; 9. Repassar para o Enfermeiro imediato: instrumentais danificados, instrumentais faltosos ou com qualquer evento adverso;

9) No CME: Fazer a pré-limpeza aplicando jatos de água para a remoção da sujidade grosseira; Em seguida, iniciar a limpeza com detergente enzimático.

5. REFERÊNCIAS

GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS, E.M. Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. São Paulo: Manolo, 2011.

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC/Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 7ª edição. São Paulo: SOBECC, 2017.

STELCLEAN PLUS. Detergente pré-lavagem de instrumentais. Mogi Guaçu – SP: Manual de Instruções. Labnews, 2019

AGENDAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS, URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

1. OBJETIVO:

Organizar e registrar previamente, por data, a marcação das cirurgias, favorecendo a realização destas, bem como facilitar a previsão e provisão de material e medicamento de forma a padronizar a rotina do agendamento cirúrgico.

2. MATERIAIS

· Computador;

· Impressora;

· Formulário de Agendamento padronizado;

3. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

· Assistente administrativo do Núcleo Interno de Regulação (NIR);

· Secretária do Núcleo Interno de Regulação (NIR);

· Em casos de agendamento por encaixe: Enfermeiro do Centro Cirúrgico;

· Médico Residente e/ou Cirurgião.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O agendamento cirúrgico deve respeitar os fluxos definidos pelo Setor de Regulação.

A marcação de procedimentos deverá ser realizada na secretaria Centro Cirúrgico, através do Assistente Administrativo do NIR, lotado Centro Cirúrgico no horário de 07:00h às 11:00h de segunda a sexta feira. Finais de semana e feriados, o fluxo de agendamento ocorre no NIR.

O médico residente ou Cirurgião deverá entregar na secretaria as solicitações de agendamento cirúrgico, em meio físico, através do Formulário de Agendamento padronizado, respeitando o cronograma das cirurgias já agendadas e a distribuição das salas de acordo com as especialidades pré-estabelecidas. Finais de semana e feriados, o fluxo de agendamento ocorre no NIR.

No caso de cirurgias com necessidade de leito de UTI, deverá ser respeitado pela especialidade cirúrgica o rodízio estabelecido e divulgado no Centro Cirúrgico.

O prazo mínimo para agendamento das cirurgias eletivas é de 07 (sete) dias úteis de antecedência caso o paciente esteja sem a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada, e 01 (um) dia útil de antecedência, caso a AIH esteja autorizada ou o paciente esteja internado.

No Formulário de Agendamento, obrigatoriamente deverão estar preenchidos todos os campos solicitados, levando em consideração as compatibilidades necessárias para efetuar o faturamento do procedimento: código do procedimento da tabela SIGTAP, instrumento de registro (AIH, APAC ou BPA), CID, CBO do profissional, entre outros.

Formulários incompletos serão devolvidos à equipe cirúrgica e/ou descartada a possibilidade de agendamento.

As cirurgias pré-agendadas estarão disponíveis na intranet.

Considera-se como primeiro horário, no período matutino, as cirurgias que se iniciam às 07:30 horas. No período vespertino, o primeiro horário será às 13 horas.

Os cadastros ou adequações dos tempos cirúrgicos e dos profissionais será realizado exclusivamente pelo assistente administrativo.

No caso de haver a programação de cirurgias sequenciais em um mesmo turno de mesma especialidade, o responsável médico pelo agendamento deverá enumerar a sequência na qual as cirurgias deverão acontecer com 24 horas de antecedência.

Em caso de agendamento cirúrgico emergencial (encaixes), o residente ou cirurgião deverá entregar o formulário de agendamento ao enfermeiro de plantão para que todas as providências sejam tomadas (reajuste do mapa cirúrgico, previsão de enxoval, instrumentais e outros insumos que se fizerem necessários);

Nos casos de cancelamento de cirurgia, devem ser adotados os seguintes procedimentos:

1. Comunicar ao enfermeiro do centro cirúrgico com a maior antecedência possível, utilizando o formulário físico de cancelamento da cirurgia devidamente assinado;

2. Comunicar ao enfermeiro da Unidade de Internação, a fim de evitar o encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico, jejum prolongado desnecessário, além do estresse ao paciente, garantindo a segurança do mesmo e o bom andamento do Centro cirúrgico.

5. REFERÊNCIAS

Fluxo para Gestão da Fila de Espera Cirúrgica e Agendamento de Procedimentos, Disponível em Caderno de Processos – Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de ForaUFJF/EBSERH, 2019.

ROTINA DE ENFERMAGEM NO ARSENAL DO CENTRO CIRÚRGICO

1. OBJETIVO

Descrever as atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro e Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico, no arsenal.

2. MATERIAIS

• Pijama cirúrgico;

• Touca;

• Máscara;

• Caneta;

• Pincel;

• Fita adesiva;

• Impresso para registro de temperatura e umidade;

• Termo-higrômetro digital.

3. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

· Enfermeiro;

· Técnico de enfermagem.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

1. Ao Técnico de enfermagem

· Ler ocorrência diariamente;

· Diariamente, às 08h, 13h e 19h, o técnico de enfermagem escalado para ficar no arsenal deve registrar a temperatura e umidade do ambiente em impresso próprio. Qualquer alteração nesses parâmetros deve ser comunicada ao enfermeiro responsável;

· Receber o material advindo da CME, verificar se foram enviados todos os itens/caixa/materiais solicitados no mapa de cirurgias previstas para o dia;

· Acondicionar na sala de guarda/arsenal, material estéril recebido de acordo com as datas de vencimento e com os invólucros que foram confeccionados os pacotes. (Exemplo: Tecido/SMS/Grau cirúrgico);

· Separar o material necessário por cirurgia/procedimento cirúrgico, com objetivo de facilitar montagem das salas cirúrgica;

· Manter o enfermeiro responsável informado do quantitativo disponível para liberação dos procedimentos de encaixe;

· Avaliar rotineiramente a data de vencimento do material estéril, encaminhando os vencidos para o CME a fim de reesterilizar (abrir os pacotes vencidos antes de encaminhar);

· Atender demanda externa, liberando para os demais setores do hospital o material estéril que necessitarem.

· Encaminhar diariamente solicitações dos materiais a serem utilizados nas cirurgias agendadas conforme mapa cirúrgico;

· Realizar registro no Livro de ocorrências;

· Observar se os materiais do Arsenal estão intactos, anotar não conformidades em livro de ocorrência e comunicar ao enfermeiro qualquer não conformidade;

· Fazer limpeza terminal aos sábados, limpando prateleiras, caixas, cestos;

· Ficar sempre atento ao chamado da campainha para entrega de materiais;

· Conferir e providenciar reposição da previsão da Sala Operatória;

· Preencher os espaços vagos na prateleira da frente do arsenal com pacotes mais antigos (datas);

· Encaminhar os materiais que não foram usados nos procedimentos cirúrgicos e que são pertencentes ao CME e Centro Cirúrgico CAS;

· Identificar materiais vencidos e encaminhar ao preparo para nova esterilização;

· Confeccionar compressas, chumaços, ataduras crepons, malha tubular, algodão ortopédico, avental.

2. Ao Enfermeiro

· Ler ocorrência diária;

· Supervisionar as rotinas para controle dos processos de limpeza, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição dos artigos;

· Manter atualizada a catalogação dos materiais/instrumentais do setor;

· Controlar diariamente estoque de qualidade do arsenal, para que não se perca nenhum instrumental e garantir a sua preservação;

· Gerenciar todo o material de videolaparoscopia;

· Controlar o processo de armazenamento de materiais consignados;

· Controlar o fluxo de entrada e saída dos materiais do arsenal;

· Verificar se o arsenal está em condições ideais de temperatura e limpeza;

· Verificar se o check list de temperatura está sendo realizado regularmente;

· Acompanhar a limpeza terminal do arsenal;

· Participar no processo de conferência dos materiais e informar qualquer inconformidade junto à CME;

· Realizar pedido de material cirúrgico para dia posterior junto a CME;

· Prever e prover as necessidades do setor.

5. REFERÊNCIA

· Não se aplica

DESMONTAGEM E DESINFECÇÃO DA SALA CIRÚRGICA APÓS ATENDIMENTO A PACIENTE COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE COVID-19

1. OBJETIVO

Orientar e padronizar a montagem e desmontagem da sala cirúrgica após atendimento a paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19.

2. MATERIAIS

- Materiais esterilizados;
- Materiais semicríticos;
- Equipamentos;
- Medicamentos;
- Lixeiras com tampa e acionamento por pedal;
- Saco branco leitoso com símbolo infectante;
- Solução para desinfecção;
- Caixa de resíduos perfurocortantes;
- Contêiner rígido preto.

3. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

Técnicos de enfermagem

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

1. Iniciar a desmontagem da SO imediatamente após a saída do paciente;
2. Manter-se paramentado;
3. Os materiais deverão ficar do lado de fora da sala cirúrgica (área vermelha), entretanto, caso haja algum item não utilizado durante o procedimento dentro da área vermelha, o mesmo deverá ser considerado contaminado;
4. Materiais esterilizados que estiveram na área vermelha que não forem utilizados, precisarão ser reprocessados;

5. Descartar todos os itens não utilizados da bandeja de medicamentos e do carro de vias aéreas, e demais materiais que não foram usados, pois devem ser considerados contaminados;

6. Trocar todo o circuito do carro de anestesia, filtros, cal sodada e proceder a desinfecção do aparelho de anestesia, bem como, do canister de cal sodada, após cada cirurgia de paciente confirmado ou suspeita de COVID-19;

7. Desprezar o material perfurocortante em recipientes rígidos, caixa de perfurocortantes, que será lacrada para que seja retirada imediatamente da sala e encaminhada ao descarte;

8. Desprezar materiais descartáveis no lixo infectante em saco branco leitoso;

9. Reunir e retirar os instrumentais da mesa, acondicionando-os na caixa de instrumental, observando sua integridade e número de pinças. Deixa-lás abertas (exceto as pontiagudas) e, para evitar danos, colocar as mais delicadas sobrepostas as mais pesadas;

10. Colocar os instrumentais nas demais caixas utilizadas após a contagem de peças e conferência de rótulo;

11. Reunir peças de inox (cubas e cúpulas) e instrumentais avulsos;

12. Acondicionar todos os instrumentais em saco branco leitoso;

13. Acomodar materiais que tenham entrado em contato com vias aéreas, traqueias do circuito de anestesia e demais semicríticos, em saco branco leitoso;

14. Com o auxílio do técnico de apoio que estará do lado de fora da sala com contêiner rígido preto, acondicionar os sacos brancos com materiais críticos e semicríticos. Os contêineres deverão estar devidamente identificados como "Suspeita ou confirmação de COVID-19" para serem encaminhados ao CME;

15. O técnico de apoio externo deverá realizar a higienização interna e externa da embalagem de transporte;

16. Aspirar, por meio da rede de vácuo, as soluções restantes da mesa (que não devem ser jogadas no lixo ou hamper (soro e antissépticos) e encaminhar o frasco de aspiração para desinfecção no expurgo ou desprezar em lixo quando se tratar de frasco descartável;

17. Revisar e desprezar os campos e lençóis em hampers e fechar os sacos;

18. Realizar limpeza terminal minuciosa nos equipamentos e mobiliários da sala de cirurgia, utilizando EPI indicado para precaução de contato e aerossóis. Para desinfecção será utilizado quaternário de amônia para equipamentos sensíveis, computadores e telas touch screen e álcool à 70% para demais mobiliários;

19. Encaminhar ao expurgo sacos plásticos dos hampers fechados.

5. REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Recomendações relacionadas ao fluxo de atendimento para pacientes com suspeita ou infecção confirmada pelo COVID-19 em procedimentos cirúrgicos ou endoscópicos. Publicado em: 19 de março de 2020.

CONFERÊNCIA DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS EM PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

1. OBJETIVO

Verificar a integridade e quantidade de instrumentais utilizados durante o procedimento cirúrgico e encaminhá-los ao seu destino, evitando evento adverso (esquecimento de instrumental no corpo do paciente) no caso de cirurgias onde são utilizados pinças de preensão, hemostasia, afastadores e outros (cirurgias abdominais por exemplo). Para tal conferência os instrumentais devem ser contados antes do início da cirurgia e antes do fechamento.

2. MATERIAIS

· EPI's (Luva de procedimento, máscara cirúrgica, avental descartável ou semelhante e óculos);

· Caixa metálica para acondicionar os instrumentais;

· Saco plástico para material infectante;

· Etiqueta de identificação;

· Fita crepe;

· Caneta.

3. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O técnico de enfermagem e o instrumentador cirúrgico devem fazer a contagem.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O técnico de enfermagem (circulante de sala) deve realizar as seguintes ações:

· Lavar/higienizar as mãos antes e após qualquer atividade;

· Após a saída do paciente da sala, ao término da cirurgia é realizada a contagem de instrumentais;

· Reunir em um carro limpo os instrumentais não utilizados para devolução ao local de destino à sua guarda (arsenal ou CME);

· Revisar se não há nenhum instrumental preso aos campos e lençóis sujos antes de desprezá-los no Hamper;

· Agrupar as peças de aço inoxidável, a exemplo de cubas e cúpulas, assim como instrumentos avulsos;

· Reunir, contar e retirar os instrumentos cirúrgicos utilizados da mesa, acondicionando-os na caixa em que vieram deixando as pinças abertas (exceto as pontiagudas a fim de evitar acidentes), colocar as pinças delicadas sobrepostas às pesadas, para evitar que sejam danificadas, observando sua integridade e quantidade, anotar do lado de fora da caixa o total, assinar e datar;

· Acondicionar os materiais em sacos brancos para material infectante, colocá-los no contêiner plástico dentro do expurgo, onde permanecerão até serem direcionados para a CME;

· Retirar EPI 'se lavar as mãos.

1. Observações

· Se um instrumental cair no chão ou sair do campo estéril, ele deve ser mantido dentro da sala operatória até que a contagem final seja concluída. Nenhum instrumental deve ser removido da sala operatória até o final do procedimento.

· Instrumentais que porventura, forem intencionalmente deixados com o paciente devem ser documentados no prontuário do mesmo.

· Quando as contagens são discrepantes, o circulante de sala deve realizar uma recontagem e, caso seja incapaz de compatibilizar as contagens, deve imediatamente notificar o cirurgião e a enfermeira do setor e conduzir uma procura pelo item em falta, incluindo o paciente, chão, lixo e campos. Se a contagem continuar incompatível, a equipe deve solicitar que uma radiografia seja obtida — quando disponível — e documentar os resultados no formulário de contagem e no prontuário do paciente.

5. REFERÊNCIAS

Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde – ”Sala operatória: montagem, circulação e desmontagem”. SOBECC Nacional– 7ª edição – Versão 2017.

ATENDIMENTO DO PACIENTE ALÉRGICO AO LÁTEX

1. INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem perioperatória caracteriza-se por ser um processo realizado numa fase muito específica da atenção ao paciente, com grau de complexidade dependente dos procedimentos anestésico e cirúrgico, exigindo do enfermeiro capacidade de julgamento, conhecimento específico e poder de decisão.

No exercício dos sistemas normativo e organizativo do Centro Cirúrgico (CC), os profissionais de enfermagem ampliam suas áreas de domínio, abrangendo a responsabilização por outros serviços que são aí realizados.

O enfermeiro que atua no Centro Cirúrgico detém entre suas funções: proporcionar estrutura física, recursos humanos e materiais para que o ato anestésico-cirúrgico seja realizado em condições ideais, visando à assistência integral ao paciente e assegurando seu bem-estar.

Ocorre, então, a fragmentação do trabalho, de modo a confundi-los sobre a sua principal atividade, o cuidado com o paciente. Nos meios acadêmicos, no entanto, há discursos que preconizam o resgate do cuidado, ou seja, da verdadeira essência da enfermagem.

O látex é amplamente utilizado na área da saúde como parte integrante da composição de grande número de materiais e/ou equipamentos médico-hospitalares. Desta forma, o planejamento da assistência a estes pacientes requer a inclusão de medidas de profilaxia primária e secundária visando diminuir o risco de eventos adversos graves, no período perioperatório.

A sensibilização pelo látex ocorre quando há um contato repetitivo, estimando-se ser necessária uma exposição de seis meses a quinze anos para o seu desenvolvimento.

A exposição ao antígeno pode ocorrer por diferentes vias, como cutânea, percutânea, mucosa e parenteral. Nestes casos, a transferência acontece pelo contato direto. Recentemente, foi também sugerida a transferência por contato indireto quando o antígeno se apresenta como aerossol.

O consenso geral é que a maioria dos alérgenos são os proteináceos naturais da seringueira. Esse conjunto de proteínas que recebe a denominação de heveína é considerado o principal responsável pelas reações ao látex e existe em grande quantidade nas luvas cirúrgicas.

2. OBJETIVOS

1. Facilitar a montagem de sala cirúrgica sem látex no caso de atendimento de pacientes alérgicos a látex.

2. Identificar os grupos de risco para alergia ao látex, proporcionando condições adequadas ao atendimento hospitalar e estabelecendo prevenção de eventos adversos.

3. GRUPOS DE RISCO

São considerados fatores de risco à sensibilização ao látex:

a) atopia;

b) alergia a determinados alimentos;

c) sondagens de repetição;

d) intervenções cirúrgicas sucessivas, especialmente nos pacientes com malformações urológicas, bexiga neurogênica e defeitos do tubo neural;

e) contato contínuo ou repetido com derivados de látex. Sendo assim os grupos de risco de desenvolvimento da alergia ao látex são:

· Pacientes com história de múltiplos procedimentos cirúrgicos;

· Profissionais da saúde;

· Outros indivíduos com exposição ocupacional;

· Indivíduos com antecedentes de atopia;

· Indivíduos com antecedentes de alergia alimentar.

4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Após o contato com o látex podem ocorrer três tipos distintos de manifestações clínicas, a saber:

· **Dermatite de contato irritativa**

A dermatite irritativa de contato é a dermatose ocupacional não imunológica mais comum associada ao uso de luvas, correspondendo a 80% das queixas dos trabalhadores que fazem uso de luvas. Esta reação não é mediada pelo sistema imunológico, não constituindo uma reação alérgica verdadeira. É o resultado da maceração ou da abrasão da pele pelo uso constante de luvas e/ou pelas múltiplas repetições de lavagem das mãos. A perda da integridade da pele permite a absorção de proteínas estranhas e posterior sensibilização.

· **Hipersensibilidade tardia do tipo IV**

Também chamada de dermatite mediada por células T ou dermatite alérgica de contato. Envolve diretamente o sistema imune. Cerca de 84% das reações imunológicas relacionadas com o uso de luvas são do tipo IV e, na maioria dos casos, são produzidas em respostas a alguns aditivos químicos utilizados na produção das luvas e não pela sensibilização às proteínas do látex. A pele desenvolve um eritema urticariforme, geralmente de 24 a 48 horas após o contato inicial com o produto agressor, podendo evoluir para vesículas na pele, que se espalham para áreas que não estiveram em contato direto com o látex. Não existem repercussões sistêmicas.

· **Hipersensibilidade do tipo I**

Conhecida como reação anafilática ou reação mediada por células IgE, é a mais grave das reações agudas. Neste caso, o antígeno induz a produção de imunoglobulinas classe E específicas. Na re-exposição ao agente, a interação dos anticorpos ligados à parede de mastócitos e basófilos com o antígeno ativa o gatilho para uma cascata de eventos que promove a degranulação destas células, com liberação de mediadores inflamatórios como: histamina, ácido aracdônico, leucotrienos e prostaglandinas. A liberação maciça desses mediadores desencadeia sinais e sintomas de intensidade e gravidade variáveis, que aparecem alguns minutos após a exposição. Do quadro clínico inicial constam: fraqueza, vertigens e sintomas cutâneos, como eritema e urticária. A reação evolui, rapidamente, para edema laríngeo, broncoespasmo, hipotensão arterial, taquicardia e colapso circulatório em consequência da diminuição da resistência vascular sistêmica. A anestesia e os campos cirúrgicos podem encobrir os primeiros sinais, de forma que a hipotensão pode ser o primeiro sinal detectado. O diagnóstico precoce e o rápido início do tratamento são necessários para a prevenção das complicações mais graves, inclusive parada cardíaca e morte.

5. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é baseado no levantamento da história clínica detalhada de sintomas relacionados com as reações mediadas por IgE, bem como no levantamento de certas condições de risco, como a presença de atopia, múltiplas cirurgias, história de alergia a determinadas frutas, exposição ocupacional, entre outras.

O diagnóstico clínico é confirmado pelo diagnóstico laboratorial. Na avaliação pré-anestésica é valiosa a utilização de questionário apropriado para a detecção de sinais e sintomas de alergia ao látex, principalmente em pacientes de risco. Este instrumento deve enfatizar a pesquisa de antecedentes de atopia ou de reação alérgica aos derivados do látex e de eventuais intercorrências durante procedimentos cirúrgicos prévios.

6. TRATAMENTO

O tratamento das reações ao látex, basicamente, consiste na prevenção, ou seja, na abolição do contato com seus derivados, além da orientação para evitar que novas reações sejam desencadeadas. Em pacientes de alto risco que necessitem de procedimentos invasivos deve-se considerar a necessidade do uso de salas cirúrgicas e equipamentos sem látex.

A dermatite de contato e as reações do tipo IV são controladas com sucesso quando afastados os agentes irritantes da pele e pelo uso tópico de corticóides. As manifestações alérgicas sistêmicas do tipo I apresentam uma grande variedade de sinais e sintomas, dependendo do tratamento e da gravidade do caso clínico. É extremamente importante identificar e remover o agente desencadeante. As reações mais brandas, como rinite e eritemas, respondem ao uso de anti-histamínico e corticosteróide nasal ou sistêmico. As reações mais graves com comprometimento das vias aéreas podem necessitar de tratamento agressivo com anti-histamínico, esteróide, bloqueadores H2, oxigênio, broncodilatadores, intubação traqueal e principalmente adrenalina.

Protocolo para o tratamento de reações ao látex:

1. Suspender imediatamente a administração ou reduzir a absorção do agente agressor;

2. Verificar vias de contato, inclusive via inalatória e mucosas;

3. Remover todo o látex do campo cirúrgico;

4. Trocar luvas de látex por luvas isentas a látex;

5. Descontinuar a administração de antibióticos e/ou sangue e derivados;

6. Desligar todos os agentes anestésicos;

7. Manter a ventilação com oxigênio e Fio2 a 100%;

8. Promover suporte ventilatório e intubação orotraqueal (quando necessário);

9. Administrar fármacos segundo determinação da equipe médica (solução cristalóide, adrenalina, drogas vasoativas, anti-histamínicos, corticosteróides, beta-2-agonistas inalatórios e outras) – seguir Procedimento Operacional Padrão de Diagnóstico e Tratamento de Reações Anafiláticas;

10. Colocar avisos de "Alergia ao Látex" na entrada da sala de cirurgia e limitar a entrada de pessoas (usar vestimenta completa) e materiais que contenham látex.

7. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

1. Produtos hospitalares com látex e/ou produtos que podem conter látex

· Luvas cirúrgicas e de procedimentos;

· Dreno Tubular silicone Japonês (Drenos de penrose);

· Máscaras;

· Circuitos respiratórios;

· Sensores para Oximetria de Pulso;

· Seringas descartáveis (atentar às especificações do fabricante);

· Sondas nasogástricas (atentar às especificações do fabricante);

· Máscaras laríngeas;

· Buretas;

· Equipos de soro, sangue e bomba de infusão (atentar às especificações do fabricante);

· Cateteres para punção venosa periférica (atentar às especificações do fabricante);

· Materiais para punção venosa central;

· Garrote para venopunção;

· Manguitos para aferição de pressão arterial;

· Esparadrapos, faixa adesiva elástica (Tensoplast);

· Faixas compressivas elásticas;

· Tubos extensores;

· Estetoscópios;

· Termômetro esofágico;

· Cabos para ECG;

· Transdutores para pressão arterial;

· Toucas cirúrgicas com elástico;

· Máscara para ventilação;

2. Materiais e equipamentos isentos de látex utilizados no intra-operatório

1. Assistência Anestésica

· Equipo de Infusão intravenoso (exceto injetor lateral);

· Perfusor;

· Máscara de Venturi de PVC;

· Máscaras faciais/Balões/KT5 (conjunto para ventilação manual - Baraka) de silicone;

· Seringas de vidro;

· Frascos de soro fisiológico, soro glicosado e ringer lactato;

· Torneiras três vias/alto fluxo;

· Kit polifix;

· Frasco de metronidazol;

· Filtro para acesso venoso periférico;

· Luvas Látex-Free;

· Eletrodos para ECG.

2. Cirúrgicos

· Bisturi descartável;

· Placa neutra de bisturi;

· Coletor de urina sistema fechado;

· Campos cirúrgicos;

· Campo impermeável;

· Dispositivo para bolsa de soro;

· Dreno de sucção Porto-vac;

· Dreno torácico silicone;

· Dreno tubular silicone Japonês (dreno de Penrose);

· Extensão para aspiração /drenagem livre de látex;

· Hemostático absorvível (Gelfoam);

· Máscara cirúrgica descartável livre de látex;

· Máscara descartável para proteção N95,N99,N100,PFF2ou PFF3;

· Pressurizador de soro;

· Sonda vesical de demora (silicone);

· Sonda uretral;

· Fita microporosa livre de látex.

8. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

• Antes do procedimento cirúrgico

Responsabilidade/competência: Cirurgião

1. Agendar o paciente como cirurgia eletiva, para o primeiro horário do dia, pois neste horário, os antígenos do látex suspensos no ar estarão em seus níveis mais baixos. Caso não seja possível o agendamento do procedimento para o primeiro horário do dia ou em caso de cirurgias de urgência pesar o risco benefício para realização do procedimento e realizar desinfecção terminal da sala cirúrgica até seis horas antes do procedimento;

2. Solicitar materiais isentos de látex para realização de procedimento cirúrgico (luvas isentas de látex, sondas vesicais/uretrais, drenos, entre outros de acordo com tipo de procedimento).

Responsabilidade/competência: Equipe de enfermagem

1. Providenciar limpeza terminal da sala de cirurgia com 6 horas de antecedência;

2. Montar e checar o carrinho de cirurgia com o material da CME e farmácia, devidamente limpo e desinfetado, de acordo com procedimento cirúrgico;

3. Solicitar ao setor de suprimentos que providencie sonda vesical de silicone, de acordo com a idade/gênero do paciente;

4. Solicitar junto à farmácia solução de clorexidina alcoólica e degermante, caso o paciente seja alérgico ao iodo;

5. Verificar junto à farmácia e ao setor de suprimentos se todos os itens de segurança foram providenciados;

6. Providenciar limpeza do aparelho de anestesia e medicamentos, lavando todas as ampolas para retirada do pó;

7. Remover da sala produtos com látex que habitualmente são mantidos, como garrote, esparadrapo, faixa adesiva tensoplast, extensão e luvas;

8. Substituir os produtos com látex pelos similares feitos com plástico, polivinil, silicone ou borracha sintética;

9. Requisitar, conferir material de consumo do kit de farmácia e solicitar limpeza dos mesmos;

10. Solicitar e checar para que a caixa de fármacos anestésicos seja montada apenas com ampolas;

11. Providenciar para que os frascos de coleta de exames fiquem na entrada da sala de operação;

12. Manter manual de informações sobre produtos livre de látex em local de fácil acesso, para uso de toda equipe;

13. Manter as portas fechadas e com ar condicionado ligado após desinfecção terminal da sala cirúrgica;

14. Fixar cartazes sinalizando "ALERGIA AO LÁTEX" (para os pacientes já diagnosticados) ou "ALERTA – ALERGIA AO LÁTEX" (para os casos de suspeita). Esses devem ser afixados na porta das salas de cirurgia (lados de dentro e de fora) e também na área de atendimento perioperatório e enfermarias de origem (tarja verde-limão);

15. Comunicar formalmente os setores onde o paciente permanecerá de forma verbal (contato telefônico) ou por escrito (via e-mail ou comunicado);

16. Comunicar à central de materiais esterilizados (CME), para que todo o instrumental seja preparado com luvas isentas de látex;

17. Comunicar com antecedência o serviço de lavanderia para que seja providenciado propé e gorro de tecido ou livre de látex;

18. Contactar o Serviço de Nutrição, informando-o da internação de paciente alérgico ao látex, a fim de evitar reações cruzadas a látex-frutas e alimentos.

Responsabilidade/competência: Serviço de Anestesiologia

1. Realizar visita pré-anestésica a fim de identificar pacientes de risco para alergia a látex;

2. Solicitar tubos endotraqueais e cânula de guedel livres de látex;

3. Providenciar máscaras de silicone (livre de látex);

4. Providenciar balões de ventilação de neoprene ou de borracha preta, usado e higienizado, ou utilizar reanimador manual de silicone (ambu) como alternativa. Certificar-se que o balão e a válvula respiratória não tenham componentes de látex;

5. Ventilador – fole de neoprene ou silicone ou borracha preta, usado, higienizado;

6. Montar circuito respiratório de polivinilclorido ou de silicone embrulhado separadamente do balão ventilatório;

7. Providenciar que o vaporizador a ser utilizado seja abastecido anteriormente;

8. Solicitar seringas de vidro para reconstituir medicamentos a cada seis horas ou seringas descartáveis livres de látex.

Responsabilidade/competência: Central de Materiais Esterilizados (CME)

1- Preparar todo o instrumental a ser utilizado no procedimento cirúrgico com luvas isentas de látex.

• Durante a internação

Iniciar os cuidados com o paciente já na internação. O mesmo deve ser cuidadosamente acompanhado pelos responsáveis das equipes de anestesiologia, cirurgia, enfermagem e demais equipes hospitalares envolvidas no atendimento.

Responsabilidade/competência: Médico assistente

1. Nos casos suspeitos, encaminhar paciente para a imunologia, para realização de exames específicos ("Rast" específico para látex);

2. Fazer a profilaxia com difenidramina e corticosteróide é recomendada 24 horas antes, nos casos cirúrgicos. Porém, não é garantia de prevenção ou melhora do quadro anafilático.

Responsabilidade/competência: Equipe de enfermagem

1. Solicitar limpeza minuciosa do leito do paciente para retirada de pó/talco de luvas de látex, antes da internação do mesmo;

2. Identificar o prontuário do paciente com a informação "Alergia ao látex" para os casos confirmados e "Alerta ao látex" para os casos suspeitos;

3. Identificar o leito do paciente com placa de alergia;

4. Manter a porta do leito identificada com a placa "Paciente alérgico látex";

5. Comunicar os demais departamentos envolvidos no cuidado com paciente sobre a referida alergia;

6. Fazer uma lista com itens de segurança para acompanhar o paciente durante todo o período de internação;

7. Deixar a lista de produtos/equipamentos livres de látex no local onde o paciente está sendo atendido, com fácil acesso e disponível para o setor de suprimentos do hospital. Tais orientações devem acompanhar o paciente em seu prontuário, desde a internação;

8. Utilizar somente luvas isentas a látex, tanto de procedimentos quanto estéreis, nas precauções padrão e outros procedimentos;

9. Utilizar garrotes látex free;

10. Separar estetoscópio e esfigmomanômetro para uso exclusivo do paciente, livres de pó/talco de luvas;

11. Realizar visita pré-operatória de enfermagem e Prescrição de Enfermagem para todo o período perioperatório, que deverá ser cumprida rigorosamente pelos profissionais envolvidos.

Responsabilidade/competência: Serviço de Nutrição

1- Fornecer alimentos e frutas que não desencadeiam reações cruzadas com látex.

Responsabilidade/competência: Equipe de enfermagem

1. Levar a placa de identificação de alergia para o transporte do paciente;

2. Cobrir a maca com lençol, de forma a evitar o contato do paciente com as partes de borracha;

3. Utilizar luvas látex free;

4. Encaminhar o paciente diretamente para a sala cirúrgica previamente preparada e desinfectada.

Responsabilidade/competência: Serviço de Anestesiologia

1. Efetuar montagem do aparelho de anestesia e conferir todo material:

Equipamentos usados na ventilação todos isentos de látex

1) Bolsa e válvulas/ silicone;

2) Cateteres de aspiração/ polivinil;

3) Máscaras faciais/ silicone;

4) Circuito respiratório/ silicone;

5) Tubos endotraqueais de todos os tamanhos;

6) Fole do ventilador de polivinil;

7) Bolsa e válvulas/ silicone.

Suprimentos da boca e dentes livre de látex

1) Cânula guedel (00 a 5);

2) Protetor dentário;

3) Máscara laríngea.

Itens de segurança para procedimento anestésico livre de látex

1) Seringas de vidro;

2) Agulhas hipodérmicas;

3) Cateteres intravenosos;

4) Extensões para infusão intravenosa – de polivinil;

5) Torneirinhas de 3 vias e simples;

6) Frasco de heparina, manipulado na farmácia;

7) Peça em T com entrada lateral para conectar traquéia corrugada;

8) Algodão ou gaze com álcool;

9) Esparadrapo (livre de látex);

10) Torniquetes livres de látex;

11) Gazes esterilizadas – chumaço;

12) Termômetro esofágico ou retal;

13) Manguito de aparelho de pressão arterial livre de látex - todos os tamanhos;

14) Estetoscópio com as borrachas protegidas (para uso exclusivo);

15) Eletrodos de ECG;

16) Sensores de oxímetro de pulso – livres de látex;

17) Plano de ação interligado com os demais protocolos de alergia ao látex e protocolo de diagnóstico e tratamento de reações anafiláticas;

18) Ressuscitador manual livre de látex;

19) Máscaras ventilatórias e venturi de todos os tamanhos livres de látex;

20) Cânula nasal de oxigênio livre de látex;

21) Extensão para a cânula de oxigênio;

22) Tubos endotraqueais – de polivinil de todos os tamanhos;

23) Cateteres para uso oral – de polivinil;

24) Medicamentos prescritos e de emergência em ampolas;

25) Luvas de vinil – tamanho pequeno médio e grande;

26) Luvas sintéticas estéreis – tamanhos 6,0 ao 9,0;

27) Cateter de Foley – 100% de silicone de vários tamanhos;

28) Bolsa de sistema fechado, para sondagem vesical de demora livre de látex;

29) Kits para bloqueios epidural e espinhal;

30) Cateteres de aspiração – de polivinil, tamanhos 8F ao 14F;

31) Montar os circuitos de anestesia com balão e tubos corrugados livres de látex;

32) Equipar o aparelho de anestesia com o mínimo possível de artefatos de borracha;

33) Medicamentos de uso em anestesia que não ampolas, vindos diretamente da farmácia, manipulados em seringas de vidro ou livres de látex.

1- Importante:

2- Não aspirar ou injetar medicamentos quando houver dúvida sobre a composição de injetores das bolsas de soros;

3- Remover tampas de borrachas de frascos de medicamentos para sua diluição /reconstituição. Utilizar filtro venoso. Ao perfurar as tampas de borracha de frascos de medicamentos com a agulha, as proteínas do látex serão carreadas para a corrente sanguínea, juntamente com a medicação;

4- Envolver com filme transparente, compressas ou malhas de algodão quando houver dúvida sobre a composição e o produto não puder ser substituído;

5- Utilizar manguito de pressão arterial recoberto com tecido de algodão ou isento de látex;

6- Transformar medicamentos de doses múltiplas em dose unitária ou remover as tampas de borracha dos frascos;

7- Tomar cuidado com as partes de borracha dos equipos de infusão intravenosa. Utilizar preferencialmente a torneira de três vias para infusão;

8- Não utilizar garrotes do tipo Penrose ou faixas elásticas. Providenciar garrote de tecido com velcro e equipo de silicone ou recobrir com tecido de algodão as partes de borracha do equipo;

9- Permanecer na sala operatória durante a realização do procedimento apenas os profissionais envolvidos diretamente na assistência.

Responsabilidade/competência: Equipe de Enfermagem

1. Providenciar limpeza preparatória da sala de cirurgia, nas superfícies horizontais e equipamentos existentes, com solução de álcool a 70%;

2. Usar placa de alerta de "Alergia ao Látex" para identificação da porta da sala de cirurgia;

3. Ter funcionário disponível para o encaminhamento de exames laboratoriais;

4. Checar junto com o instrumentador e equipe fios que deverão ser abertos durante o procedimento;

5. Utilizar propé e gorro de tecido isentos de látex para ter acesso a sala de cirurgia;

6. Fornecer para a equipe cirúrgica luva isenta a látex (estéril) de todas as numerações. Manter também em sala uma caixa com luvas isentas a látex para realização de procedimentos não estéreis;

7. Manter em sala somente profissionais envolvidos na assistência;

8. Manter o sistema de climatização do ar da sala operatória ligado;

9. Manter as portas da sala cirúrgica fechadas;

10. Levar o paciente diretamente para seu leito após término do procedimento cirúrgico (fazer a recuperação pós-anestésica na sala cirúrgica);

11. Encaminhar o paciente de volta ao leito com a placa de identificação

9. ORIENTAÇÕES

Orientar os pacientes e familiares acerca de produtos não hospitalares que possuem compostos de látex e alimentos ou frutas, encontrados na literatura, que fazem reações cruzadas com látex.

Produtos não hospitalares que podem conter látex

Fraldas, bolsas, tecidos elásticos, luvas de borracha de uso doméstico; mamadeiras, preservativos, adesivos, colas têxteis, bolas, sapato, colas de envelopes, borracha escolar, ligaduras elásticas, chupetas; sandálias, botas, bicos de mamadeira, balões de festa; touca de banho, touca térmica, natação, chinelo, óculos de natação, câmara de ar, brinquedos.

Associação látex-alimento Alimentos com associação forte:

· banana, pera, castanha, manga, kiwi, pêssego. Alimentos com associação moderada:

· maçã, batata, tomate, melão, papaia, ananás, cenoura, aipo. Alimentos com associação fraca, mas já citados:

· nabo, pepino, cereja, morango, figo, uva, maracujá, centeio, trigo, avelã, noz, amendoim, soja, espinafre, limão, ameixa, ervilhas, laranja e grãos.

10. REFERÊNCIAS

AVELAR MCQ. A prática do enfermeiro de centro cirúrgico. Tese (doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1995.

GANWKRODGER DJ. Patch testing in occupational dermatology. Occup Environ Med, 2001; 58(12):823-8.

KELLY KJ, WALSH-KELLY CM. Latex allergy: patient and health care system emergency. Ann Emerg Med., 1998; 32(6): 723-9.

MOURÃO EMM, ROSÁRIO FILHO NA. Alergia ao Látex. n: Negreiros, B. Ungier, C. Alergologia Clínica. São Paulo: Atheneu, 1995. p. 389-397.

MULLER BA. Minimizing latex exposure and allergy. How to avoid or reduce sensitization in the healthcare setting. Postgrad Méd., 2003 Apr; 113(4): 91-7.

POSSARI JF. Assistência de enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica (RPA) São Paulo: Iátria, 2003. 60p.

SÁNCHEZ-PALACIOS A. Latex allergy. Diagnosis and therapeutic aspects. Allergol Immunopathol (Madr), 2001; 29(5):212.

WEISS ME, HIRSHMAN CA. Latex allergy .Can J Anaesth, 1992; 39(6)528-32.

PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.

OBJETIVO

Promover práticas seguras no uso de medicamentos no Hospital e padronizar os procedimentos de prescrição, dispensação e administração de medicamentos, a fim de evitar e/ou reduzir a ocorrência de eventos adversos que possam comprometer a saúde e a vida dos pacientes atendidos.

1. APLICAÇÃO

Unidade de Paciente Crítico, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Clínica Médica Adulto, Clínica Médica Pediátrica, Centro Cirúrgico.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Medicamentos Potencialmente Perigosos ou de Alta Vigilância: são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização.

2.2. RAM: Reação Adversa a Medicamentos.

2.3. Farmacovigilância: é a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer outro problema relacionado ao uso de medicamentos.

3. RESPONSABILIDADE

3.1. Equipe médica: prescrição de medicamentos

3.2. Farmacêutico: dispensação de medicamentos;

3.3. Enfermagem: administração de medicamentos.

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não necessitam de medicamentos.

5. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

5.1. Práticas seguras para prescrição de medicamentos

5.1.1. As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:

5.1.1.1. Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento, geralmente possui dose única;

5.1.1.2. Se necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;

5.1.1.3. Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão;

5.1.1.4. Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;

5.1.1.5. **Padrão com data de fechamento**: quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial;

5.1.1.6. **Verbal**: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista.

5.1.2. Quanto à origem, as prescrições podem ser classificadas como:

5.1.2.1. Ambulatorial;

5.1.2.2. Hospitalar;

5.1.2.3. Proveniente de outro tipo de estabelecimento de saúde.

5.1.3. Quanto aos medicamentos prescritos, podem ser:

5.1.3.1. Medicamentos Industriais (referência, similar e intercambiável);

5.1.3.2. Magistrais ou Farmacopeicos.

5.2. Intervenções

5.2.1. Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos:

5.2.1.1. **Da identificação do Paciente:** A identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada de forma legível e conter no mínimo: nome completo do paciente (exclusivamente completo, sem abreviaturas), data de nascimento, número do prontuário ou registro do atendimento, leito, serviço, setor (apartamento, andar e ala) e nome do hospital.

Para os pacientes que são admitidos na unidade sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, conforme PRO.005.NSP IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.

5.2.1.2. **Da Identificação do Prescritor :** A identificação do prescritor na prescrição deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

5.2.1.3. **Da Identificação da Instituição:**Na prescrição AMBULATORIAL e HOSPITALAR deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriormente a alta hospitalar.

5.2.1.4. **Da Identificação da Data:** A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado

está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição. A supressão da mesma está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

5.2.1.5. Da Legibilidade: Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos. Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais. O uso de impressão frente e verso não é recomendado pois eleva o risco de não cumprimento integral da prescrição. A prescrição carbonada não é recomendada. Se o estabelecimento de saúde não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da informação que consta na segunda via. É preciso, ainda, atenção aos novos tipos de erros de prescrição, que podem ser ocasionados devido à alteração na forma de prescrição (manuscrita, digitada,pré-digitada e eletrônica).

5.2.1.6 Do Uso de Abreviaturas: Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos sem o uso de abreviaturas, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação. Caso seja indispensável em meio hospitalar, deve-se utilizar seguindo referência no DI.026. DG Lista de Abreviaturas Padronizadas, a qual não consta abreviatura de "unidades" (U) e "unidades internacionais" (UI), nem utilização de fórmulas químicas (KCl, NaCl, KMnO4 e outras) e nomes abreviados de medicamentos (HCTZ, RIP, PEN BEZ, MTX, SMZ-TMP e outros). As abreviaturas "U" e "UI" significando "unidades" e "unidades internacionais", respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar à administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita. Sempre preferir o uso de "EV" (para endovenosa) em vez de IV (intravenosa), em função do risco de erro de interpretação do "IV" como "IM", sobretudo quando associado a pouca legibilidade da prescrição.

5.2.1.7 Da denominação dos medicamentos: Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira (DCB) e em sua ausência a denominação comum internacional (DCI).

5.2.1.8 Dos nomes semelhantes entre medicamentos: Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia, e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes: **DOPA**mina e **DOBU**tamina; E**FED**rina e **EPINEF**rina entre outros.

5.2.1.9 Da expressão de doses: O sistema métrico é o modelo adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser

eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura. A unidade de medida deve ser claramente indicada e quando se tratar de **microgramas**, este deve ser **escrito por extenso**. Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), a vírgula deve estar bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de "2,5 mL" seja interpretada como "25 mL".

Não utilize "ponto" em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro. Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita.

Exemplo: prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de "0,5g" pode ser confundida com "5g".

5.3. Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos

5.3.1. Das Alergias relatadas: Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico. As alergias do paciente devem ser registradas no sistema eletrônico e constar em todas as prescrições emitidas para o paciente.

5.3.2. Das Informações importantes: O prescritor deve registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos fatores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa. É importante ressaltar que nas prescrições ambulatoriais devem ser registradas todas as orientações sobre como utilizar o medicamento, bem como as recomendações não farmacológicas devem constar também na prescrição.

5.3.3. Da Padronização de Medicamentos: A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com esses medicamentos. Outros benefícios da padronização de medicamentos ainda observados são relacionados a racionalização do estoque, rastreabilidade e política de compras. No HOSPITAL têm-se o DI.017.CF.Lista de Medicamentos Padronizados, o qual foi devidamente homologado, publicado e divulgado a todos os profissionais do estabelecimento de saúde.

5.3.4. Das doses: O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e

com a conferência do cálculo. Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e *clearance* de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem. Preconiza-se que a farmácia disponibilize, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensem a manipulação prévia à administração. Deve-se implantar a dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância. Nova dupla checagem deve ser feita pela enfermagem antes da administração do medicamento. A dupla checagem é particularmente importante para medicamentos prescritos em Pediatria e Unidades de Tratamento Intensivo, principalmente no momento da administração.

5.3.5 Da Duração do Tratamento: A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o(s) medicamento(s) possa(m) ser consumido(s) continuamente sem indicação.

5.3.6 Da utilização de expressões vagas: Expressões vagas como **"usar como de costume"**, **"usar como habitual"**, **"a critério médico"**,**"se necessário"** (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), **"uso contínuo"** e **"não parar"** devem ser abolidas das prescrições. Quando for preciso utilizar a expressão **"se necessário"**, deve-se obrigatoriamente definir: Dose; posologia; dose máxima diária deve estar claramente descrita; e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento.

5.4. Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração.

5.4.1. Posologia: Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente. Dentro do possível, recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erro de administração. A utilização de um menor número de doses diárias, facilita a adesão do paciente ao tratamento.

5.4.2. Diluição: A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação farmacológica do medicamento.

5.4.3. Velocidade de Infusão: A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, tal como a "síndrome do homem vermelho", que ocorre com a infusão rápida de vancomicina. É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.

5.4.4. Via de Administração: A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento. O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

5.5. Modificação da prescrição atual ou vigente.

5.5.1. Em prescrições hospitalares, o prescritor deverá se certificar de que as alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras. O prescritor deverá fazer as alterações na primeira e segunda via da prescrição. A suspensão ou alteração na prescrição de um medicamento somente na via disponível para a enfermagem pode: acarretar erro na dispensação; aumentar o risco de erro de administração.

Em meio ambulatorial, nunca deve ser feita modificação ou rasura na mesma receita. Caso seja necessária alguma alteração na terapêutica, nova receita deverá ser emitida e a anterior suspensa.

5.6. Prescrições Verbais:

5.6.1. As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento. A prescrição verbal deve ser validada pelo prescritor assim que possível. Quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

5.7. Pontos de Transição do Paciente.

5.7.1. Na admissão do paciente deve ser feito a Conciliação Medicamentosa utilizando o FOR.140.CF, objetivando avaliar a necessidade de continuidade ou suspensão do uso dos mesmos. Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na unidade hospitalar, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas, quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente. O prescritor deverá elaborar detalhado histórico farmacoterapêutico do paciente, podendo contar com a colaboração do farmacêutico, que deverá fazer a conciliação dos medicamentos. No momento da alta hospitalar, o prescritor deverá elaborar detalhado

histórico do plano terapêutico medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

Os pontos de transição dos pacientes no hospital, da admissão à alta são considerados críticos, pois, frequentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose. Nos pontos de transição, especialmente na alta hospitalar, o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e as recomendações necessárias à continuidade do tratamento, sendo recomendável a participação do farmacêutico com orientações para o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.

5.8. Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

5.8.1. A Farmácia do HOSPITAL divulga o DI.025.CF MANUAL TÉCNICO DE USO SEGURO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA, onde as doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

5.9. Dispensação

5.9.1Práticas seguras para distribuição de medicamentos

Os sistemas de distribuição de medicamentos podem ser classificados em: Coletivo, Individualizado, Misto, Dose unitária e Sistema Automatizado e todos têm em suas propriedades específicas com relação direta com a frequência de erros.

O sistema coletivo é considerado inseguro e **DEVE** ser abolido dos estabelecimentos de saúde.

O sistema individualizado que é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica, geralmente para um período de 24 horas de tratamento. Esse sistema se mostra mais seguro que o sistema coletivo, entretanto, menos seguro que o sistema por dose unitária.

No HOSPITAL adotamos ainda o **Sistema misto** que é caracterizado pela combinação dos sistemas coletivo e individualizado coexistindo: **Sistema Individualizado** – é utilizado nas unidades de internação, ocorrendo de forma parcial ou integral, mediante prescrição, **Sistema Coletivo**: é utilizado nos serviços de urgência, ambulatórios, entre outros, mediante requisição.

5.10 Intervenções

A farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

A farmácia deve possuir estrutura organizada, bem como processos de trabalho escritos e difundidos que promovam a prevenção, identificação e redução de erros de prescrição e dispensação. A farmácia deve contar com recursos humanos capacitados e em número suficiente para realizar a contento suas atividades.

5.11 Itens de verificação para a distribuição segura de medicamentos

5.11.1 Para garantir maior segurança ao processo de dispensação e o adequado fluxo de trabalho, o ambiente destinado à dispensação deve ser reservado, contar com fluxo restrito de pessoas, ser tranquilo, sem fonte de interrupção e distração (tais como televisão, rádio e outras).

6.11.2 Os ambientes da farmácia onde estão armazenados e dispensados os medicamentos devem ser limpos, organizados, bem iluminados e com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas.

5.11.3 A dispensação segura deve ser precedida pelas seguintes atividades:

5.11.3.1 Seleção;

5.11.3.2 Padronização;

5.11.3.3 Aquisição;

5.11.3.4 Recebimento;

5.11.3.5 Armazenamento;

5.11.3.6 Fracionamento;

5.11.3.7 Identificação segura dos medicamentos.

5.11.4 O número de apresentações e concentrações de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, padronizados na instituição, deve ser restrito e suas doses máximas estabelecidas e divulgadas. Veja DI.025.CF.

5.11.5 O HOSPITAL deve realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, para farmacêuticos e auxiliares de farmácia, com foco na segurança do uso de medicamentos, envolvendo os processos de: seleção, padronização, armazenamento, fracionamento, análise farmacêutica da prescrição e dispensação dos medicamentos.

5.11.6 O HOSPITAL deve manter farmacêuticos e auxiliares de farmácia em número suficiente para permitir a dispensação segura de medicamentos.

5.12 Estratégias para dispensação segura relacionadas ao armazenamento:

No ambiente no qual é realizada a dispensação de medicamentos deve possuir as condições adequadas (temperatura, iluminação, umidade, ruído) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos.

5.12.1 Restrição de acesso: As medidas de restrição de acesso são para o armazenamento de produtos que possibilitam riscos elevados de troca (em virtude de similaridade de nomes e apresentação), bem como os medicamentos de alto risco e aqueles com sons, grafias e embalagens semelhantes.

5.12.2 Procedimento Operacional: A farmácia do HOSPITAL possui procedimento operacional atualizado que contempla a validação/conferência do armazenamento do produto certo, no local certo. Esse procedimento é realizado de forma contínua e sistemática, com registro de execução, propiciando segurança aos processos de armazenamento e dispensação de medicamentos, sobretudo após devolução de medicamentos. O controle de medicamentos sob controle especial deve seguir legislação específica.

O processo de dispensação de medicamentos possui procedimento operacional padrão escrito, homologado, atualizado e de conhecimento de todos os profissionais da farmácia.

5.12.3 Boas Práticas de Armazenamento: A farmácia do HOSPITAL segue as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos e possui padrões atualizados que define regras para o armazenamento, privilegiando a segurança do processo de dispensação. Lança-se mão de ordenamento alfabético e ainda forma farmacêutica associado à identificação, com etiquetas vermelhas nos medicamentos alto risco.

Os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes, são identificados com etiquetas de alerta que proporcionem a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacandose a diferença entre nomes parecidos, como, por exemplo: Cef**TRIAX**ona e Ce**FAZ**olina.

5.12.4 Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF): É importante assegurar práticas adequadas para a distribuição dos medicamentos das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as Farmácias Satélites a fim de evitar erros, seguindo as boas práticas de distribuição de medicamentos. Toda a movimentação de medicamentos deve ser realizada por um eficiente sistema de controle de estoque, preferencialmente eletrônico, que garanta a correta identificação do medicamento, lote, validade e quantidade, permitindo a sua rastreabilidade.

Os medicamentos devem ser corretamente separados, organizados, identificados e realizada a dupla checagem, evitando-se erros.

Os medicamentos de alto risco, deve ser corretamente identificado, diferentemente dos demais seguindo o DI.025.CF MANUAL TÉCNICO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILANCIA.

O transporte deve ser feito de modo correto e seguro, observando-se aspectos técnicos tais como aqueles necessários para o transporte de termolábeis. Durante o recebimento dos medicamentos no Hospital, nova conferência deve ser feita, considerando-se a identificação do medicamento, lote, validade, quantidade e sua integridade física.

5.13. Estratégias para dispensação segura relacionadas à prescrição Realizar a análise farmacêutica das prescrições (Portaria GM/MS 4283/2010), priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos de alto risco, observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação. Recomenda-se, para auxílio ao farmacêutico no processo de análise da prescrição, a utilização de programa informatizado com suporte terapêutico que incorpore adequado conjunto de verificações automatizadas em prescrições, tais como:

6.13.1 Triagem para duplicidade terapêutica;

6.13.2 Alergias;

6.13.3 Interações medicamentosas;

6.13.4 Intervalos de dose adequados;

6.13.5 Alerta para doses superiores às máximas;

6.13.6 Alertas para nomes semelhantes, entre outros.

6.13.7 Através do *software* de gestão são organizados de forma eficaz a dispensação para reduzir a ocorrência de erros, privilegiando a dispensação por dose individualizada e unitária, com controle por código de barras, de modo a assegurar a rastreabilidade do lote, fabricante e validade dos medicamentos e produtos para a saúde.

6.13.8 As etapas de recebimento da prescrição, separação e dispensação dos medicamentos ao paciente devem ser realizadas com dupla conferência dos medicamentos em ambiente exclusivo para essa finalidade.

6.13.9 A dispensação por meio de ordem verbal é restringida exclusivamente para situações de urgência e emergência, devendo a prescrição do medicamento ser entregue na farmácia imediatamente após a normalização da situação que gerou a ordem. Nesses casos, o profissional da farmácia que ouviu a ordem verbal deverá repetir o que escutou para certificar-se da informação, procedendo à dispensação e registrando no prontuário do paciente e no livro de ocorrência do setor.

6.14 Procedimento operacional padrão para dispensação de medicamentos. Para dispensação segura de medicamentos deve-se seguir os seguintes procedimentos:

6.14.1 O farmacêutico deve analisar as prescrições antes do início da separação dos medicamentos, conferindo se todos os elementos de identificação da instituição, do paciente, do prescritor e a data estão disponíveis.

6.14.2 Analisar os medicamentos prescritos, evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação;

6.14.3 Solucionar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com o prescritor, especialmente aquelas relacionadas à grafia médica, eliminando interpretação ou dedução do que está escrito;

6.14.4 Analisar os medicamentos prescritos considerando-se os seguintes aspectos: dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, indicação, contraindicação,

duplicidade terapêutica, interação medicamentomedicamento e medicamento-alimento e possíveis alergias;

6.14.5 O auxiliar de farmácia não deverá separar simultaneamente prescrições diferentes;

6.14.6 Manter a organização do ambiente de dispensação, assegurando-se suficiente espaço e instrumentos de trabalho que permitam a manutenção dos medicamentos devidamente separados por prescrição e por paciente, até a sua dispensação, evitando-se que medicamentos prescritos e dispensados para um paciente sejam entregues a outros. Para essa finalidade poderão ser utilizados carros de medicação ou embalagens plásticas identificadas;

6.14.7 Realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são iguais às da prescrição.

6.14.8 Identificar os medicamentos de alto risco e fazer meticulosa revisão da prescrição e dispensação deles;

6.14.9 Verificar na prescrição se existem medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes, dedicando especial atenção à conferência dos mesmos; **6.14.10** Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da dispensação, utilizando, sempre que possível, o auxílio de dispositivos eletrônicos, tais como código de barras;

6.14.11 Realizar o registro escrito, em prontuário, das intervenções farmacêuticas realizadas.

6.14.12 Deve existir restrição formal e registro da dispensação de medicamentos por ordem verbal.

6.14.13 Os medicamentos de alto risco devem são identificados com etiqueta vermelha diferenciando dos medicamentos em geral no armazenamento e dispensação.

6.14.14 A dupla checagem dos medicamentos de alto risco dispensados deve ser feita na farmácia e enfermaria.

6.15. Práticas seguras na Administração de medicamentos.

A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos.

Um erro na administração de medicamento pode trazer graves consequências aos pacientes, devendo-se observar: a AÇÃO, as INTERAÇÕES e os EFEITOS COLATERAIS.

6.16 Itens de verificação para administração segura de medicamentos.

6.16.1 A equipe tem que seguir a nova configuração "dos certos" onde no HOSPITAL será adotado "os treze certos".

6.16.1.1 I. Prescrição certa: Verificar se a prescrição está correta e possui todas as informações necessárias como nome do paciente, data de nascimento, nome do medicamento, dose, posologia e todos os outros requisitos descritos nesse protocolo;

6.16.1.2 II. Paciente certo: Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto, identificar o nome na pulseira, nome no leito e o nome no prontuário. Muito importante ressaltar que caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo, ainda, associar pelo menos mais dois identificadores diferentes.

Outra estratégia que auxilia a evitar a administração de medicamentos ao paciente errado, é existir norma interna do estabelecimento de saúde que evite, dentro do possível, que **dois pacientes** com o **mesmo no**me fiquem internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

6.16.1.3 III. Medicamento Certo:

A assistência deve:

* Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado.
* Conhecer o paciente e suas alergias. Conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito.
* Identificar os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe.
* Todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e, notificados.

6.16.1.4 IV. Via certa:

* Identificar a via de administração prescrita.

* Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
* Lavar as mãos antes do preparo e administração do medicamento.
* Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via endovenosa.
* Avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipos, e outros). * Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral. * Realizar a antissepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral.
* Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento. * Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor.

6.16.1.5 V. Hora certa:

* Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica. * Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade.
* A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor.

6.16.1.6 VI. Tempo certo: Certifique-se que o medicamento vai correr no tempo exato que está prescrito. Muitos medicamentos causam danos quando infundidos na velocidade errada.

6.16.1.7 VII. Validade certa: A validade do medicamento deve ser conferida. Além da validade deve-se observar o tempo de estabilidade e se for medicamento multidose a estabilidade recomendada pelo fabricante ou a regra de 25% da validade original.

6.16.1.8 VIII. Dose certa:

* Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento.

* Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada.

* Certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente. * Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua. * Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

* Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso.

Importante: Não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico".

6.16.1.9 IX. (Documentação certa) Registro certo da Administração:

* Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento.

* Checar o horário da administração do medicamento a cada dose.

* Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

6.16.1.10 X. (Razão) Orientação Certa:

* Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao
prescritor.

* Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.

* Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

6.16.1.11 XI. Forma Certa:

* Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita.
* Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente.
* Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.
* A farmácia deve disponibilizar o medicamento em dose unitária ou manual de diluição, preparo e administração de medicamentos, caso seja necessário realizar a trituração e suspensão do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica.

6.16.1.12 XII. Resposta Certa:

* Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.
* Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento.
* Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador.
* Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual,
* Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar, frequência cardíaca, pressão arterial, saturação).

6.16.2 Intervenções específicas:

* Instituir a prática de dupla checagem por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.
* **REMOVER** do estoque das unidades de internação os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares.
* Deverão permanecer nas unidades de internação **APENAS** os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que sejam absolutamente necessários à assistência ao paciente

6.17 Procedimento operacional padrão para administração de medicamentos.

6.17.1 Implementar a prática de verificação dos nove certos da terapia medicamentosa.

6.17.2 Certificar-se de que as informações sobre o processo de medicação estejam documentadas corretamente.

6.17.3 Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas.

6.17.4 Estabelecer protocolos institucionais de administração de medicamentos e atualizá-los periodicamente.

6.17.5 Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa e para outras vias que exijam esse tipo de técnica.

6.17.6 Registrar, conforme protocolo da instituição, todas as ações imediatamente após a administração do medicamento.

6.17.7 O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem.

6.17.8 Seguir o protocolo da instituição quanto ao preparo de pacientes para exames ou jejum que possam interferir na administração do medicamento.

6.17.9 Em casos de preparo de pacientes para exames ou jejum, não administrar nem adiar a administração de doses sem discutir conduta com o prescritor.

6.17.10 Registrar adequadamente a omissão de dose e comunicar ao enfermeiro.

6.17.11 Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível.

6.17.12 Evitar, dentro do possível, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos.

6.17.13 Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional (médico, farmacêutico e nutricionista).

6.17.14 Seguir o protocolo institucional quanto à verificação das prescrições na passagem de plantão.

6.17.15 Seguir o protocolo institucional quanto aos cuidados para que não haja a administração de medicamentos suspensos pelo médico.

6.17.16 Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem.

6.17.17 Monitorar a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, observando-se o parâmetro mínimo e máximo de temperatura diariamente, dirimindo dúvidas com o farmacêutico.

6.17.18 Organizar local adequado para o preparo de medicamentos,

preferencialmente sem fontes de distração e que permita ao profissional

6.17.19 A instituição deve disponibilizar e atualizar guias de prevenção de incompatibilidades entre fármacos e soluções e guias de diluição de medicamentos.

6.17.20 Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.

6.17.21 Fazer consultas ao farmacêutico e em fontes de informações atualizadas e idôneas em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparo e administração.

6.17.22 Utilizar instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos (ex: seringas milimetradas) para medir doses com exatidão.

6.17.23 Seguir os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais.

6.17.24 Padronizar equipamentos como bombas de infusão, limitando a variedade de opções.

6.17.25 Seguir a prescrição de enfermagem para o uso de bombas de infusão para administração segura de medicamentos.

6.17.26 Levar ao local, no horário de administração de medicamentos, apenas o que está prescrito a um único paciente, **não** fazendo uso de bandeja contendo diversos medicamentos para diferentes pacientes.

6.17.27 Preparar o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante para procedimento diferente.

6.17.28 Manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade).

6.17.29 Administrar medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência, utilizando método de dupla checagem para administração com registro por escrito da ordem verbal.

6.17.30 Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente, certificando que foi administrado ao paciente e evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional.

6.17.31 Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os à Gerência ao Núcleo de Segurança do Paciente.

6.17.32 Comunicar ao paciente qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração.

6.17.33 Devolver à farmácia as sobras de medicamentos não administrados pois estoques de medicamentos nas enfermarias são fonte importante de erros de administração.

6.19. Estratégias de monitoramento e indicadores gerais para o uso seguro de medicamentos.

6.19.1 O processo de uso dos medicamentos (prescrição, dispensação e administração) deve estar devidamente descrito em procedimentos operacionais padrão, atualizados e divulgados para os profissionais do estabelecimento de saúde.

6.19.2 O estabelecimento de saúde deve possuir rotina para transferência interna e externa de pacientes e que contemple a segurança no processo de utilização dos medicamentos na transição do paciente.

6.19.3 O estabelecimento de saúde deve proporcionar aos profissionais de saúde, anualmente, educação permanente e treinamento em uso seguro de medicamentos.

6.19.4 O estabelecimento de saúde deve possuir política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo.

6.20. Os profissionais de saúde devem saber:

6.20.1 Que o uso de medicamentos está associado a riscos;

6.20.2 Que existem fontes comuns de erros;

6.20.3 Quando os erros do processo de administração podem ocorrer;

6.20.4 As suas responsabilidades;

6.20.5 Como reconhecer, avaliar e monitorar situações de risco comuns; **1**

6.20.6 As recomendações atualizadas para fazer a medicação de forma mais segura;

6.20.7 A importância de uma abordagem multidisciplinar para segurança de medicamentos;

6.20.8 A importância da participação do paciente-família no processo do uso seguro de medicamentos;

6.20.9 Que o domínio de cálculos e diluição de medicamentos são imprescindíveis para seu uso seguro.

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1 Caneta;

7.2 Prescrições;

8 EPI

8.1 Luvas;

8.2 Capote;

8.3 Máscara;

8.4 Gorro.

9 REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

19.1 BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Disponível em:.Acesso em: 19 de Agosto de 2019.

10. REGISTROS

10.1Notificação de Acidentes/Eventos Adversos.

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

11.1 NC: Medicamento dispensado erroneamente

11. 1.1AÇÃO: Correção do erro de dispensação de acordo com a prescrição

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1 Taxa de erros na prescrição de medicamentos

Fórmula do indicador: $\frac{\text{nº de prescrições atendidas com erro}}{\text{nº total de prescrições atendidas}} \times 100$

12.2 Número de erros na administração de medicamentos

Fórmula do indicador: nº de medicamentos administração com erro de omissão x 100

n° total de medicamentos administrados

12.3 Taxa de erros na dispensação de medicamentos

Fórmula do indicador: nº de prescrições com erro nas dispensações x 100

Nº total de prescrições atendidas

14 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O protocolo visa estabelecer e padronizar o fluxo de trabalho entre as equipes envolvidas devendo ser cumprido o que nele consta estabelecido, assim assegurando os processos e a assistência ao paciente.

15 ANEXO

Não se aplica

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

1. OBJETIVO

1.1 Promover a prevenção da ocorrência de lesão por pressão (LPP) e outras lesões da pele.

2. APLICAÇÃO

2.1 Todos os setores assistenciais.

3. DEFINIÇÕES

3.1 **Lesão por pressão (LPP):** lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção.

3.2 **Cisalhamento:** deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes.

3.3 **Estadiamento de LPP:** classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual.

3.4 **Estágio I:** Eritema não branqueável Pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. O estágio I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros, visto que nestes o branqueamento pode não ser visível, a sua cor, porém, pode ser diferente da pele ao redor. A área pode estar dolorida, endurecida, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Este estágio pode ser indicativo de pessoas "em risco"

3.5 **Estágio II:** Perda parcial da espessura da pele, perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também se apresentar como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se ainda, como uma lesão brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (um indicador de lesão profunda). As características deste estágio não devem ser confundidas com fissuras de pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações.

3.6 **Estágio III:** Perda total da espessura da pele. Perda total da espessura tecidual. Neste caso, o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina úmida), mas este não oculta a profundidade da perda tecidual. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma lesão de estágio III varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma lesão de estágio III pode ser superficial.

3.7 **Estágio IV:** Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos. Neste caso, o tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes. A profundidade de uma lesão por pressão de estágio IV varia com a localização anatômica. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas lesões podem ser superficiais. Uma lesão de estágio IV pode atingir o músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão

ou cápsula articular), tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso ou músculo visível ou diretamente palpável.

3.8 **Lesão por Pressão Não Classificável:** Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

3.9 **Lesão por Pressão Tissular Profunda:** Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

3.10 **Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico:** Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão. 3.11 **Lesão por Pressão em Membranas Mucosas:** A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

4. RESPONSABILIDADE

4.1 A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco.

Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1 Pacientes com mobilidade íntegra, e classificado na escala de Braden com baixo risco.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1 Para prevenir o surgimento das lesões por pressão existe seis etapas essenciais:

6.2 **Etapa 1: Avaliação de Lesão por pressão na admissão de todos os pacientes;**

6.2.1 A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e;

6.2.2 A avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas.

6.2.3 A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:

6.2.3.1 Mobilidade;

6.2.3.2 Incontinência;

6.2.3.3 Déficit sensitivo e;

6.2.3.4 Estado nutricional (incluindo desidratação).

A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis. Em casos de pacientes pediátricos, deve-se utilizar uma ferramenta apropriada, como por exemplo, a escala de Braden Q.

6.3 **Etapa 2: Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados:**

6.3.1 A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária

permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

6.3.2 A avaliação do risco para desenvolvimento de LPP deverá ser executada através da Escala de Braden Q para crianças de 1 a 5 anos e Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos;

6.3.3 As escalas de Braden e Braden Q caracterizarão o paciente sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver LPP. A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

As etapas subsequentes (etapas 3 a 6), descritas a seguir, deverão ser utilizadas em todos os pacientes classificados como de risco nas etapas de avaliação anteriormente descritas (etapas 1 e 2).

6.4 **Etapa 3: Inspeção diária da pele**

6.4.1 Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e lesões por pressão existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões anatômicas;

6.4.1.1 Sacral,

6.4.1.2 Calcâneo,

6.4.1.3 Ísquio,

6.4.1.4 Trocanter,

6.4.1.5 Occipital,

6.4.1.6 Escapular,

6.4.1.7 Maleolar e;

6.4.1.8 Regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos.

6.4.2 A realização de diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (por pressão, lesão arterial, lesão venosa, lesão neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado. A inspeção da pele deve ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas.

6.5 **Etapa 4: Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada**

6.5.1 Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares.

6.5.2 O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele.

6.5.3 Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas.

6.5.4 Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados.

6.6 **Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele:** 6.6.1 Higienização e Hidratação da pele;

6.6.1.1 Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele.

6.6.1.2 Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia. A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento das lesões por pressão.

6.6.1.3 Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares.

6.6.1.4 A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de lesões por pressão.

6.6.2 Manejo da umidade;

6.6.2.1 Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura.

6.6.2.2 Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas.

6.6.2.3 Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou compadre) nos horários de mudança de decúbito.

6.7 **Etapa 5: Otimização da nutrição e da hidratação**

6.7.1 A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil.

6.7.2 Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes mal nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas.

6.7.3 Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

6.8 **Procedimento operacional para Nutrição;**

6.8.1 Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para lesão por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP.

6.8.2 Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional:

6.8.2.1 Edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem.

6.8.3 Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de Lesão por pressão.

6.8.4 O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LPP.

6.9 **Etapa 6: Minimizar a pressão**

6.9.1 A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.

6.9.2 O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, consequentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal.

6.9.3 Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso.

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado, acima de 4 horas, geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de LPP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele.

6.10 **Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão;**

6.10.1 <u>Mudança de decúbito ou reposicionamento:</u>

6.10.1.1 A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.

6.10.1.2 A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso.)

6.10.1.3 Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.

6.10.1.4 A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo.

6.10.1.5 Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Deve-se evitar a exposição da pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionamento do paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.

6.10.1.6 O reposicionamento deve ser feito usando 30º na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30º, a posição de deitado de lado a 90º, ou a posição de semideitado.

6.10.1.7 Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30º, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.

6.10.1.8 Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

6.10.1.9 Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá rapidamente.

6.10.2 <u>Medidas preventivas para fricção e cisalhamento:</u>

6.10.2.1 Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento.

6.10.2.2 A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito.

Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual. 6.10.2.3 Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.

6.10.2.4 Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de lesão por pressão por fricção. 6.10.2.5 Em pacientes com riscos moderado, alto e muito alto na escala Braden é indicado o uso de colchão piramidal, para prevenção e alívio da pressão.

Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30º, para os pacientes em uso de dieta enteral, ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito entre 30º e 45° para a prevenção de Broncoaspiração.

6.10.3 Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão:

6.10.3.1 A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados.

6.10.3.2 Todos os pacientes classificados como: "em risco", deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão.

6.10.3.3 Colchão piramidal deve ser utilizado em todos os casos em que o paciente apresente risco de desenvolver LPP.

6.10.3.4 Tentar aliviar a pressão utilizando coxins feito com; travesseiros, lençóis ou cobertores nas posições; dorsal e lateral.

Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama para evitar o desenvolvimento de LPP.

6.11 **Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco** Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco.

6.11.1 **Baixo risco (19 a 23 pontos na escala de Braden).**

6.11.1.1 Otimização da mobilização

6.11.1.2 Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão (coxim).

6.11.2 **Médio risco (15 a 18 pontos na escala de Braden).**

6.11.2.1 Continuar as intervenções do risco baixo;

6.11.2.2 Cronograma de mudança de decúbito;

6.11.2.3 Proteção do calcanhar;

6.11.2.4 Mudança de decúbito com posicionamento a 30°;

6.11.3 **Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden).**

6.11.3.1 Continuar as intervenções do risco médio;

6.11.3.2 Em locais de maiores risco de desenvolver LPP, proteger com creme de barreira;

6.11.4 **Alto risco (10 a 12 pontos na escala de Braden).**

6.11.4.1 Continuar as intervenções do risco moderado

6.11.4.2 Mudança de decúbito de 1 em 1 hora;

6.11.4.3 Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30º.

9.2

10. REGISTROS

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1 **NC:** Falha no preenchimento da Escala de Braden, neste caso, o não preenchimento.

11.1.1 **Ação:** Quando ocorrer o não preenchimento da Escala de Braden, será feito uma busca no prontuário do paciente, avaliando a falha do processo e com isso a busca do profissional que não executou. Será orientado de imediato e oferecido treinamento caso haja necessidade.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1 Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão.

12.2 Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP.

12.3 Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP.

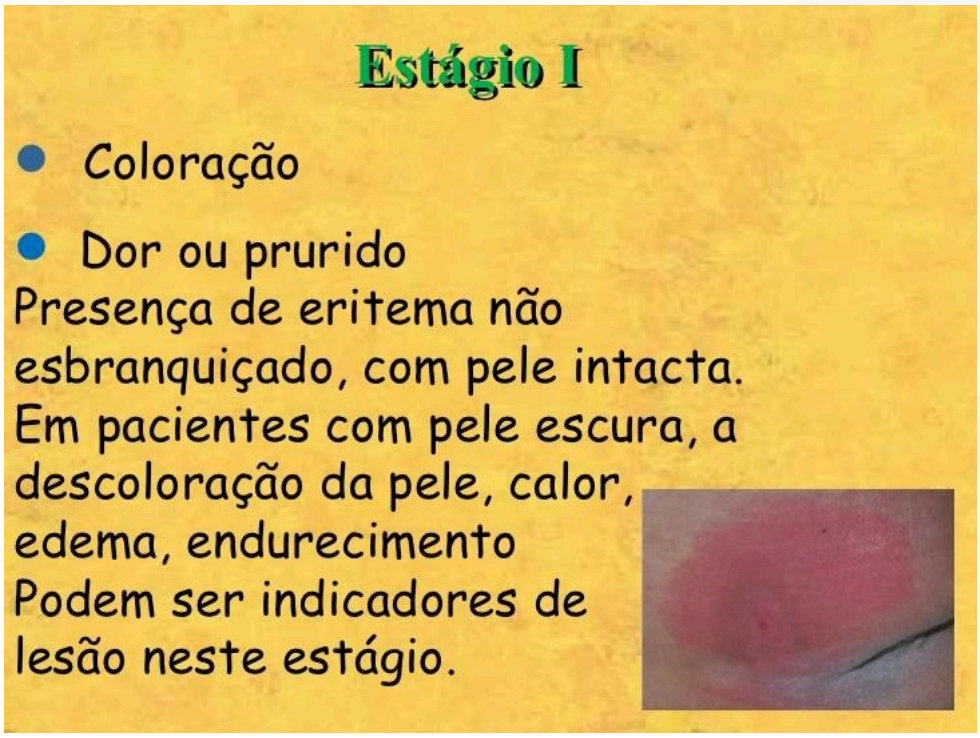
12.4 Incidência de LPP.

13. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1 A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples.

13.2 A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de lesão por pressão (LPP) como para quaisquer outras lesões da pele.

14. ANEXO


Estágio I
Coloração
Dor ou prurido
Presença de eritema não esbranquiçado, com pele intacta.
Em pacientes com pele escura, a descoloração da pele, calor, edema, endurecimento
Podem ser indicadores de lesão neste estágio.

14.2 ANEXO 02 – ESCALA DE BRADEN

Escala de Braden					
Descrição	**1**	**2**	**3**	**4**	
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado	
Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente	
Mobilidade	Totalmente imóvel		Levemente limitado	Não apresente limitações	
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequado	Adequada	Excelente	
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema		
Avaliação:	**Risco muito alto ≤ 9**	**Alto risco: 10 - 12**	**Risco moderado: 13**	**Médio risco: 15 - 18**	**Baixo risco: 19 - 23**

			- 14		

PREVENÇÃO DE QUEDAS

1. OBJETIVO

1.1. Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação-implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

2. APLICAÇÃO

2.1. As recomendações deste protocolo aplicam-se ao hospital, que inclui todos os pacientes que recebem cuidados neste estabelecimento, abrangendo o período total de permanência do paciente.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Queda: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. Todos que tenham acesso ao leito.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Avaliar no momento da admissão, o risco de queda do paciente, pacientes internados no serviço de emergência e pacientes externos.

6.2. Observar presença de fator de risco para queda: idade maior que 60 ou menor que 07 anos, agitação psicomotora, sonolência, história de queda anteriormente, nível de consciência alterado, paresia, parestesia, plegia, convulsão, uso de medicamento que aumenta o risco de queda, uso de sedativos e analgesias, déficit motor, prejuízo do equilíbrio ou marcha, prejuízo na visão ou audição, déficit cognitivo, jejum prolongado, deformidades nos membros inferiores, urgência urinário ou intestinais, pós operatório principalmente ortopédicas de membros inferiores e coluna;

6.3. Avaliar o paciente utilizando Escala de Morse (adulto)(FOR.115.GE) / Humpty

Dumpty (pediatria)(FOR.204.CECP);

6.4. Reavaliar o risco diariamente, e também sempre que houver transferência de setor, mudança de quadro clínico, episódio de queda durante a internação, ajustando medidas preventivas implantadas;

6.5. Identificar o usuário com esse risco, colocando um adesivo vermelho na pulseira de identificação;

6.6. Sinalizar para risco de queda a beira leito e alertar toda a equipe de cuidado.

Anotar no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados;

6.7. Orientar familiar/acompanhante quanto ao fator de risco de queda, colocando os mesmos para assinar sobre o conhecimento do risco;

6.8. Presta pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar.

6.9. Manter as grades de proteção elevadas e, se necessário, utilizar protetores entre o vão das grades.

6.10. Manter a área de circulação do paciente livre de obstáculos.

6.11. Manter ao alcance do paciente os pertences e objetos mais utilizados.

6.12. Orientar o paciente e cuidadores a utilizar a luz noturna durante a noite.

6.13. Auxiliar na deambulação do paciente que apresentar dificuldade de marcha ou deficit sensitivo ou motor, caso o cuidador não esteja apto para a execução dessa tarefa. 6.14. Orientar quanto à importância do uso de óculos, aparelho auditivo, órteses e dos equipamentos de auxílio para mobilidade (andador, bengala, cadeira de rodas - para longas distâncias, etc) e calçados adequados.

6.15. Orientar sobre a necessidade de estar atento às placas de sinalização quanto a pisos escorregadios, obras, reparos.

6.16. Orientar quanto a utilização de escada de apoio para subir e descer do leito sempre que necessário.

6.17. Orientar paciente quanto à prevenção de hipotensão ortostática. Treinar o paciente e/ ou cuidador responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama).

6.18. Encaminhar o paciente ao leito em caso de queda, comunicar à enfermeira e ao médico plantonista para avaliação.

6.19. Registrar em prontuário as circunstâncias em que ocorreu a queda e quais as medidas de suporte dispensadas ao paciente.

6.20. Realizar notificação.

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Placas de sinalização de queda;

7.2. Corrimão;

7.3. Grades de apoio no banheiro;

7.4. Grades no leito;

8. EPI

8.1. Utilizar de acordo com a precaução: luvas, gorro, capote, máscara.

9. BIBLIOGRAFIA/ REFERÊNCIAS NORMATIVAS

9.1. Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS.

9.2. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz 03/ 05/ 2013.

9.3. http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/MFS_PT_c.pdf 9.4. Promedico gestor hospitalar – promédico

10. REGISTROS

10.1. Prontuário;

10.2. Placa beira leito;

10.3. Pulseira. Onde é de responsabilidade de toda equipe multidisciplinar.

10.4. FOR.125.GE ESCALA DE MORSE;

10.5. FOR.204.CECP Escala Humpty Dumpty;

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. **NC:** Falta no preenchimento da Escala de Morse pelo enfermeiro, a qual permite avaliação do risco de queda do paciente. Quando houver queda notifica em formulário próprio ao Núcleo de Segurança do Paciente.

11.1.1. **AÇÃO:** Avaliação do prontuário do paciente, buscando visualizar a falha do processo para então orientar e capacitar os profissionais envolvidos na assistência.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.

12.2. Número de quedas com dano.

12.3. Número de quedas sem dano.

12.4. Índice de quedas [(nº de eventos / nº de paciente-dia)*1000]

13. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. A unidade de saúde, orientada pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverá adotar medidas gerais para prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro, conforme legislação vigente, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos, uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes.

13.2. A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir orientação sobre o risco de quedas e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital. A elaboração e a distribuição de materiais educativos devem ser estimulados.

13.3. **FATORES DE RISCO**

13.3.1. Alteração (prejuízo) no estado mental, agitação psicomotora e sonolência;

13.3.2. Idade maior ou igual há 60 anos;

13.3.3. Idade menor ou igual a 07 anos;

13.3.4. História de queda anterior;

13.3.5. Paciente vulnerável (gestante, puérpera, idosos, crianças, PCD);

13.3.6. Nível de consciência rebaixado (pontuação de escala de coma de Glasgow menor ou igual a 14);

13.3.7. Sinais e sintomas de comprometimento neurológico (plegia, parestesia, paresia, convulsão, entre outros.);

13.3.8. Uso de medicação que aumenta risco de queda;

13.3.9. Uso de sedação e analgesia;

13.3.10. Déficit motor ou funcional do membro;

13.3.11. Prejuízo de equilíbrio ou marcha;

13.3.12. Prejuízo de visão e audição;

13.3.13. Déficit cognitivo;

13.3.14. Jejum prolongado (maior ou igual a 8 horas);

13.3.15. Deformidades dos membros;

13.3.16. Urgência urinária ou intestinal;

13.3.17. Pós-operatório, principalmente de cirurgias ortopédicas de membros inferiores ou coluna.

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA

1. OBJETIVO

Determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde - OMS.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes que irão realizar procedimentos cirúrgicos eletivos e emergenciais;
- Locais onde se realiza incisão ou introdução de equipamentos endoscópio;

3. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes que não realizarão procedimentos cirúrgicos/invasivos;
- Locais onde não realiza incisão ou introdução de equipamentos endoscópio;

4. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

4.1 RESPONSABILIDADE

- Cirurgião: aplicação do protocolo, aplicação do termo de consentimento e demarcação da lateralidade
- Anestesista: aplicação do protocolo, visita pré-anestésica e aplicação do termo de consentimento.
- Equipe de enfermagem do centro cirúrgico: aplicação do protocolo e visita pré-operatória com aplicação da SAEP.

Os Termos de Consentimento Informados, cirúrgicos e anestésicos, devem ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico.

4.2 LISTAS DE VERIFICAÇÃO SE DIVIDE EM TRÊS FASES: Antes da indução anestésica; Antes da incisão cirúrgica; Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

DEMARCAR O SÍTIO CIRÚRGICO

- A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento. Sempre que possível, tal identificação deverá ser realizada com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção.
- A instituição deverá ter processos definidos por escrito para lidar com as exceções, como, por exemplo, recusa documentada do paciente, de modo a garantir a segurança cirúrgica.
- O Enfermeiro ou técnico deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente.
- Nestes casos, a demarcação é realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta demográfica. A primeira marcação recomendada é uma seta de mais ou menos 4cm de comprimento (3 dedos), do lado em que procedimento deverá ser realizado, se direito ou esquerdo. Está marcação é realizada pelo cirurgião com caneta de difícil remoção, a equipe de enfermagem cabe a orientação dos cuidados.

☐ **É proibida a demarcação com um X, pois este pode ser entendido como exclusão.** ☐

Verificar a segurança anestésica

- O enfermeiro ou técnico completa a próxima etapa solicitando ao anestesiologista que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica.
- Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico.

- Antes da indução anestésica, o anestesista confirma que um monitor multiparamétrico tenha sido posicionado no paciente e que esteja funcionando corretamente.
- Realizar check list de cirurgia segura e SAEP antes do paciente adentrar ao Centro Cirúrgico.

4.2 Antes da indução anestésica

- O condutor do processo de Verificação deve:
- Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada.
- Confirmar verbalmente com cirurgião e anestesista anotando no prontuário que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos.
- Confirmar verbalmente com cirurgião e anestesista anotando no prontuário que o consentimento está assinado, e o mesmo anexado ao prontuário.
- Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação
- Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetrico ao paciente e seu funcionamento. ☐ Revisar verbalmente com o anestesiologista, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.
- A etapa - antes da indução anestésica - requer a presença do anestesiologista e da equipe de enfermagem.
- Enfermeiro ou técnico responsável pelo check list da Lista de Verificação confirma verbalmente com o paciente sua identificação, o tipo de procedimento planejado, o sítio cirúrgico. Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar deverá assumir esta função.
- Realizar Time Out que consiste em uma breve pausa antes do procedimento para verificar se todos os itens necessários para cirurgia segura estão disponíveis e também realizado antes do paciente sair do Centro Cirúrgico.

4.3 Verificar alergias conhecidas

- O enfermeiro ou técnico deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo se o condutor tenha conhecimento prévio a respeito da alergia.

- Em caso de alergia, confirmar se o anestesiologista tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente.
- Se algum membro da equipe cirúrgica tem conhecimento sobre uma alergia que o anestesiologista desconheça, esta informação deverá ser comunicada.
- Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de aspiração
- O enfermeiro ou técnico confirma verbalmente com o anestesiologista se este avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil.
- O risco de aspiração também deve ser levado em consideração como parte da avaliação da via aérea.

4.4 Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea

O Enfermeiro ou técnico, pergunta ao anestesiologista se o paciente tem risco de perder mais de meio litro de sangue (> 500 ml) ou mais de 7 ml/kg em crianças durante a cirurgia a fim de assegurar o reconhecimento deste risco e garantir a preparação para essa eventualidade.

4.5 Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)

- Neste momento, a equipe faz uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:
- A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.
- A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto.
- A revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia.
- A confirmação e registro da administração de antimicrobianos profiláticos 1 hora antes da incisão cirúrgica, anotar no prontuário.
- A confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.

4.6 Identificar todos os membros da equipe

O enfermeiro ou técnico solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

4.7 Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesiologista e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e quando necessário, do posicionamento do paciente.

4.8 Prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda sanguínea

O cirurgião deverá informar à equipe quais são as etapas críticas e os possíveis eventos críticos e a perda sanguínea prevista.

4.9 Revisar eventuais complicações anestésicas

O anestesiologista deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos.

4.10 Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura

O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização tenha sido bem-sucedida. Além de verificar se as condições dos equipamentos, bem como infraestrutura tenham sido avaliadas pela enfermagem.

4.11 Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana

O Enfermeiro ou técnico perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados 1 hora antes da incisão da pele. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesiologista) deverá realizar a confirmação verbal.

4.12 Verificar exames de imagem

O Enfermeiro ou técnico, deverá perguntar ao cirurgião se exames de imagem são necessários para a cirurgia. Em caso afirmativo, o enfermeiro ou técnico deverá confirmar verbalmente que

os exames necessários para realização segura do procedimento cirúrgico estão na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.

4.13 Antes do paciente sair da sala de cirurgia

- A equipe deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:
- A conclusão da contagem de compressas e instrumentais.
- A identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida
- A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.
- A revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia. ☐ O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

4.14 Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

4.15 Confirmar a identificação da amostra

O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras.

4.16 Documentar problemas com equipamentos

O condutor deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe.

4.17 Rever as medidas para a recuperação pós-operatória

O cirurgião, o anestesiologista e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

5. DEFINIÇÕES/SIGLAS

- Lista de Verificação**:** lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimento.
- Demarcação de Lateralidade: demarcação de local ou locais a serem operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral)
- Condutor da Lista de Verificação**:** profissional de saúde (médico ou profissional da enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde**.** ☐ Segurança Anestésica**:** conjunto de ações realizadas pelo anestesiologista, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Este procedimento deve seguir as orientações contidas no Manual para Cirurgia Segura da OMS, traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA
- Equipe cirúrgica: equipe composta por cirurgiões, anestesiologistas, profissionais de enfermagem e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.
- Pausa Cirúrgica: é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cutânea a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe

- SAEP: Sistematização a assistência de Enfermagem Peri operatória ☐ OMS: Organização Mundial da Saúde

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAS

- Papel
- Caneta Demográfica

7. EPI

- De acordo com a precaução do paciente:
- Touca
- Luva
- Capote

- Máscara

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 7ª ed. São Paulo: SOBECC, 2017Ministério da Saúde. Anexo 03: Protocolo para Cirurgia Segura. Ministério da Saúde, ANVISA, FIOCRUZ. 09/07/2013.

- Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do pacinte: Manual – cirurgias seguras salvam vidas (Orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial de Saúde; Tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro.

- Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

- Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al

- The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. Annals of Internal Medicine. 2013;158(5_Part_2):365-8

- Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet.368. England2006. p. 1189-200.Zegers M, de Bruijne MC, de Keizer B, Merten H, Groenewegen PP, van der Wal G, et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. Patient Saf Surg. 5. England2011. p. 13.de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. 17. England 2008. p. 216-23.

- Rebasa P, Mora L, Vallverdu H, Luna A, Montmany S, Romaguera A, et al. [Adverse events in general surgery. A prospective analysis of 13,950 consecutive patients]. Cir Esp. 89. Spain: A 2011 AEC. Published by Elsevier Espana; 2011. p. 599-605.

9. REGISTRO

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Título: Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado
Origem: Pacientes que realizaram cirurgias**.**
Nível de informação: Indicador de Processo
Dimensões da Qualidade: Indicador de Segurança
Numerador: Nº profilaxias iniciadas uma hora antes da incisão
Denominador: Número de profilaxias avaliadas
Método de Cálculo: Nº profilaxias iniciadas uma hora antes da incisão /Número de profilaxias avaliadas*100
Meta: 70
Definição de termos: É considerado não conforme quando não apresentar o formulário de prescrição de antibiótico
Fontes de dados: Centro-Cirúrgico

Titulo: Percentual de pacientes com cirurgias com erros
Origem: Pacientes que realizaram cirurgias
Nível de informação: Indicador de Processo
Dimensões da Qualidade: Indicador de Segurança

Numerador: Número de cirurgias com erro	**Denominador:** Quantidade de cirurgias realizadas
Método de Cálculo: número de cirurgias com erros/Quantidade de cirurgias	
Meta: Não se aplica	
Definição de termos: É considerado não conforme cirurgias em local errado, cirurgias em paciente errado, procedimentos errados)	
Fontes de dados: Centro-Cirúrgico	

Titulo: Taxa de mortalidade cirúrgica intra hospitalar ajustada ao risco	
Origem: Pacientes que realizaram cirurgias e vieram á óbito, ou até 7 dias após o procedimento	
Nível de informação: Indicador de Processo	
Dimensões da Qualidade: Indicador de Segurança	
Numerador:	**Denominador:** Quantidade de cirurgias realizadas
Método de Cálculo: número de cirurgias com erros/Quantidade de cirurgias	
Meta: Não se aplica	
Definição de termos: É considerado não conforme cirurgias em local errado, cirurgias em paciente errado, procedimentos errados)	
Fontes de dados: Centro-Cirúrgico	

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros. Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática Verificação de Cirurgia Segura como uma

estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Baseiase na Lista de Verificação de Cirurgia Segura e no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvidos pela OMS.

PROTOCOLO DE MANEJO DE PNEUMONIA

1. OBJETIVO

Uniformizar o tratamento para pacientes com suspeitas ou confirmados de pneumonia.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

2.1 Febre > 4 dias

2.2 Dispneia/taquipneia

2.3 FC > 100 bpm

2.4 Tosse seca ou produtiva com escarro purulento

2.5 Idosos podem apresentar sintomas inespecíficos: confusão mental, delirium, inapetência ou descompensação de doenças de base. Sinal mais comum é taquipneia.

2.6 Sinal focal ao exame físico do tórax

3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadra nos sinais e sintomas;

4. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

4.1 ATRIBUIÇÕES

- MÉDICO: avalia o status clínico e epidemiológico do paciente, determinando tratamento antibiótico e complementar adequado;

- ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: as especificações da equipe de enfermagem frente ao tratamento da PNM abrangem essencialmente o cuidado, sendo que o enfermeiro realiza a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), pois ela direciona e organiza o trabalho dos técnicos de enfermagem, possibilitando eficácia no atendimento e fornecendo instrumentos para uma assistência diferenciada respeitando a individualidade de cada criança e auxiliando na redução de índices de complicações.

- FISIOTERAPEUTA : auxiliar na remoção de secreção pulmonar, fator que parece estar relacionado com a diminuição da resistência das vias aéreas, melhora da relação ventilação/perfusão com consequente melhora da troca gasosa e padrão respiratório;

4.2 DIAGNÓSTICO

História clínica: Idade do paciente (determinação provável agente), quadro de infecção prévia de vias aéreas, tempo < 4 semanas do início do quadro, história vacinal, quadros recorrentes anteriores, uso prévio de antibióticos, contatos com sintomas respiratórios, infecção materna documentada por Chlamydia trachomatis, viagens recentes

4.2.1 SINAIS E SINTOMAS:

- Tosse
- Febre,
- Dor torácica
- dificuldade de respirar
- taquipneia
- Dispneia
- Taquicardia
- Hipoxemia
- Á ausculta pulmonar: estertores crepitantes, egofonia/ broncofonia, diminuição do MV, sibilância (sugere pneumonia atípica ou viral), macicez à percussão torácica (sugere derrame pleural / consolidação)

4.2.2 EXAMES SOLICITADOS:

- Raio x de tórax: Infiltrado pulmonar novo. Se RX normal e suspeita de permanece – repetir RX em 48h.
- Hemograma completo
- Dosagem de eletrólitos: pelo risco aumentado de apresentar Secreção

- Inapropriada do Hormônio Antidiurético (SIHAD)
- Sódio
- Potássio
- Gasometria arterial / venosa
- Coleta de hemocultura: ao menos 2 sendo uma delas em veia periférica para determinação do agente etiológico e direcionamento do tratamento antibiótico
- Pesquisa viral: VSR / Influenza nos pacientes com suspeita clínica
- Pesquisa de Crioaglutininas
- Sorologia (IgM/ IgG) para Mycoplasma e Chlamydia pneumoniae: em crianças maiores de 5 anos com sinais sugestivos de pneumonia atípica;

- **4.3** FATORES DE RISCO:
- Cardiopatias congênitas
- Displasia Broncopulmonar
- Fibrose Cística
- Asma
- Anemia Falciforme
- Neuropatias/ doenças neuromusculares
- DRGE / fístulas traqueoesofágicas
- Imunodeficiências primárias ou adquiridas
- Abuso de álcool

4.4 TRATAMENTO

- Controles e cuidados gerais/ Monitorização

- Antitérmicos e analgésicos: visando conforto para melhor limpeza de secreções pela tosse, além de evitar atelectasias e diminuição de perdas hídricas pela febre
- Hidratação: evitar hiperidratação, podendo levar a edema intersticial e distúrbios eletrolíticos. Manter oferta hídrica total entre 70 a 100% do basal
- Limpeza/ aspiração de vias aéreas
- Oxigenioterapia: suficiente para manter SatO2 >92%
- Fisioterapia respiratória

Características do paciente	Agente etiológico provável	ANTIBIOTICO
Idade menor que 2 anos Quadro gripal prévio 48h do início dos sintomas OU Sinais de SDRAG	Vírus Sincicial Respiratório Influenza Parainfluenza	Oseltamivir
Idade menor que 3 meses	Streptococcus agal actiae Staphylococcus aureus (raro) Escherichia coli Outros Gram negativos	Oxacilina E Amicacina
Idade menor que 4 meses Ausência de febre Conjuntivite neonatal prévia/ associada Sinais de hiperinsuflação pulmonar Rinorreia Tosse em staccato (1 episódio seguido por inspiração) [PNM afebril do lactente]	CMV Chlamydia tracomatis Ureaplasma urealyticum Mycoplasma hominis	Azitromicina OU Eritromicina Considerar Ganciclovir caso ausência de resposta
Idade >3 meses	Streptococcus pneu moniae Staphylococcus aureus Haemophilus influenza	Clinicamente estável: Penicilina cistalina Sinais de

Características do paciente	Agente etiológico provável	ANTIBIOTICO
		gravidade/complicaçõe s: Amoxicilina + clavulanato

Idade >6 meses e	Streptococcus pneumoniae Staphylococcus aureus Haemophilus influenza	Clinicamente estável: Penicilina cristalina Sinais de gravidade/complicações: Oxacilina E Cloranfenicol OU Ceftriaxone isolado
Idade >5 anos	Streptococcus pneumoniae Klebsiella pneumoniae Staphylococcus aureus	Clinicamente estável: Ampicilina OU Penicilina cristalina Sinais de gravidade/complicações: Amoxicilina + clavulanato
Idade >5 anos Mialgia Fotofobia / Cefaleia Sibilância Rush cutâneo / urticária Anemia hemolítica [PNM atípica]	Chlamydia pneumoniae Mycoplasma pneumonia	Azitromicina OU Claritromicina Associar sempre Cefalotina até resultado da Crioaglutinina/ sorologia

5. DEFINIÇÕES/SIGLAS

5.1 FC: Frequência Cardíaca

5.2 PNM:PNEUMONIA

5.3 SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

5.4 K+: Potássio

5.5 Na+: Sódio

5.6 DRGE: Doença do refluxo gastresofágico

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

6.1 Não se aplica

7. EPI

7.1 Precaução conforme PRO.001 PRECAUÇÕES, ISOLAMENTOS E VIGILANCIA

ADMISSIONAL

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

8.1http://www.hospitalveracruz.com.br/conteudo/documento/2016/jun/hospitalvera-cruz-campinas_1465929924_pmi045%20protocolo%20%20pneumonia

8.2 http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2015/01/PROTOCOLO-DEATENDIMENTO-AOS-PACIENTES-COM-INFEC%C3%87%C3%83O-DO-TRATO-RESPIRAT%C3%93RIO-INFERIOR1.pdf

9. REGISTROS

9.1 FOR.074 PRESCRIÇÃO DE ANTIBIOTICO

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

1.1 **10.1** Percentual de pacientes com Pneumonia que evoluíram á óbito (mortalidade relacionada á pneumonia)

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

11.1 Monitorizar sinais vitais e reconhecer precocemente sinais de gravidade;

11.2 Reavaliações periódicas sistemáticas do status clínico dos clientes;

11.3 Avaliar resposta à antibioticoterapia;

11.4 Avaliar resposta/ falha da ventilação não invasiva quando indicado seu uso

12. ANEXO

Não se aplica

PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO

1. OBJETIVO

1.1 Normatizar a prescrição e administração dos hemocomponentes, padronizar a indicação e reserva dos mesmos, minimizar as transfusões e reduzir os riscos associados a essa terapêutica.

2. APLICAÇÃO

2.1 Este documento se aplica aos setores do Pronto Atendimento, Enfermarias, Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico.

3. DEFINIÇÕES

3.1 HEMOCOMPONENTES: são frações do sangue obtidas a partir de processos físicos como centrifugação e congelamento. Podem ser obtidos através de doação de sangue total ou doação por aférese. Os hemocomponentes se dividem em: concentrado de hemácias, concentrado de hemácias desleucocitadas, concentrado de hemácias lavadas, plasma fresco, concentrado de plaquetas randômicas, concentrado de plaquetas por aférese, Pool de Buffy Coat, concentrado de granulócitos e crioprecipitado.

3.2 HEMODERIVADOS: são produzidos em escala industrial através de processos químicos realizados a partir do plasma como matéria prima, de onde são retiradas e separadas proteínas específicas, como as proteínas de coagulação. Exemplos de hemoderivados são fatores de coagulação, complexo protrombínico, imunoglobulina liofilizada e albumina.

3.3 CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH) **:** O Concentrado de Hemácias é obtido a partir da centrifugação de uma bolsa de sangue total, removendo-se uma fração do plasma da massa eritrocitária. Apresenta volume entre 250 e 350 ml, contendo ainda pequena quantidade de plasma, leucócitos e plaquetas. Deve ser mantido em temperatura entre 2 a 6ºC.

3.4 CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP): As plaquetas são derivadas dos megacariócitos, encontrados fisiologicamente na medula óssea. Atuam na fase primária da coagulação. São obtidas a partir da centrifugação do plasma e devem ser estocadas à temperatura ambiente (22ºC), sob agitação constante. O concentrado de plaquetas tem validade de 5 dias, contados a partir da doação. O tempo de infusão deve ser de 30 minutos em pacientes adultos ou pediátricos.

3.5 PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC): O plasma é uma fração do sangue composta primariamente de água, com cerca de 7% de proteínas e 2% de carboidratos e lipídeos. O chamado plasma fresco congelado é preparado a partir do sangue e congelado no período de 8 horas, após a coleta. Pode ser armazenado por até um ano em temperaturas iguais ou inferiores a -18ºC, sendo, porém, recomendada a temperatura igual ou inferior a -25°C. O volume de uma unidade de plasma congelado fresco é de 200 a 250 ml. É usado primariamente como terapêutica de substituição de fatores da coagulação em quantidade deficiente no paciente.

3.6 CRIOPRECIPITADO (CRIO): É a fração insolúvel do plasma a frio, obtida a partir do descongelamento até 4°C de uma unidade de PFC. Assim como o plasma, deve ser mantido em temperatura inferior a -18°C e tem validade de 1 ano. O volume varia de 10 a 20ml e contém, em média, 80 UI Fator VIII e 150 mg de fibrinogênio. Após o descongelamento, deve ser transfundido de imediato. Deve ser descongelado também a 37°C, acondicionado em bolsa plástica seca e limpa. Nunca imergir o hemocomponente diretamente dentro da água e nunca

congelar novamente. É composto por: Fibrinogênio – 150mg; Fator VIII – 80-120 UI; Fator XIII – 20 a 30% da quantidade inicial; Fator de Von Willebrand – 40 a 70% da quantidade inicial.

3.7 HEMODERIVADOS: São medicamentos produzidos em escala industrial, obtidos a partir do plasma sanguíneo. São utilizados para doenças como Hemofilia; Doença de Von Willebrand; Coagulopatias raras; Imunodeficiências primárias. Os tipos mais frequentes de hemoderivados disponíveis no Brasil são:

3.7.1 Albumina: para pacientes queimados, com cirrose e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

3.7.2 Complexo Protombínico: conjunto de proteínas que atua na coagulação sanguínea, indicado para o tratamento de alguns casos de hemofilia A e B e de pacientes com sangramento devido à cirrose hepática. Também pode ser usado no processo de recuperação de pessoas que utilizam medicamentos anticoagulantes e apresentam hemorragias.

3.7.3 Fator VIII: proteína da coagulação utilizada no tratamento de pessoas com hemofilia A.

3.7.4 Fator IX: proteína da coagulação utilizada no tratamento de pessoas com hemofilia B.

3.7.5 Fator de von Willebrand: proteína de coagulação indicada para o tratamento da doença de von Willebrand.

3.7.6 Imunoglobulina: hemoderivado de maior consumo no mundo, empregado no tratamento de pessoas com AIDS e outras deficiências imunológicas, além de doenças autoimunes e infecciosas**.**

3.8 Reação transfusional: efeito ou resposta indesejada ao uso terapêutico do sangue ou componente que ocorra durante ou após a transfusão e a elas relacionadas.

4. RESPONSABILIDADE

4.1 Equipe médica, equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1 Paciente em Cuidados Paliativos

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Solicitação de hemocomponentes:

6.1.1 Para melhor atendimento da Agência Transfusional, a solicitação de hemocomponentes para transfusão deverá ser feita na prescrição médica e em formulário padrão impresso em duas vias e é necessário que esteja devidamente preenchido com informações suficientes para uma correta identificação do paciente.

6.1.2 As solicitações para transfusão de sangue ou componentes serão feitas exclusivamente por médicos, em formulário de requisição específico que contenha informações suficientes para a correta identificação do receptor.

6.1.3 Devem constar no formulário de solicitação de hemocomponentes, no mínimo, os seguintes dados:

6.1.3.1 I - Nome completo do paciente sem abreviaturas;

6.1.3.2 II - Data de nascimento;

6.1.3.3 III - Sexo;

6.1.3.4 IV - Idade;

6.1.3.5 V - Número do prontuário ou registro do paciente;

6.1.3.6 VI - Número do leito (no caso de paciente internado);

6.1.3.7 VII - Diagnóstico;

6.1.3.8 VIII - Componente sanguíneo solicitado (com o respectivo volume ou quantidade);

6.1.3.9 IX - Modalidade da transfusão;

6.1.3.10 X - Resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do componente sanguíneo;

6.1.3.11 XI - Data;

6.1.3.12 XII - Dados do médico solicitante (nome completo, assinatura e número do CRM);

6.1.3.13 XIII - peso do paciente (quando indicado);

6.1.3.14 XIV - Antecedentes transfusionais, gestacionais e de reações à transfusão quando relatados pelo paciente.

6.1.4 Não serão aceitas pelo serviço de hemoterapia requisições de transfusão fora dos padrões descritos no item 6.1.3, incompletas, ilegíveis ou Caso o formulário de Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão não esteja preenchido adequadamente, será devolvido ao funcionário do setor solicitante.

6.2 Quanto às modalidades de transfusão, é utilizada a seguinte classificação:

6.2.1 Programada, para determinado dia e hora;

6.2.2 Não urgente, a se realizar dentro das 24 horas;

6.2.3 Urgente, a se realizar dentro das 3 horas;

6.2.4 De extrema urgência, quando o retardo na administração da transfusão pode acarretar risco para a vida do paciente.

6.2.5 Nos casos de extrema urgência, não há tempo suficiente para realizar os testes pré-transfusionais, portanto é preconizado transfundir hemocomponente de Grupo Sanguíneo e Fator Rh (GS/Rh) **O - (negativo),** enquanto os testes de compatibilidade são realizados. Caso alguma fase do teste seja incompatível, deve-se comunicar ao médico e interromper a transfusão imediatamente. O médico solicitante deverá assinar o Termo de Responsabilidade. 6.3 Cuidados da enfermagem durante a transfusão e hemovigilância:

6.3.1 A fim de realizar uma transfusão segura, é imprescindível que a equipe de enfermagem tenha os seguintes cuidados:

6.3.1.1 Perguntar ao paciente seu nome completo, caso tenha condições de responder. Caso contrário, confirmar a identificação do paciente com a equipe de enfermagem do setor de internamento;

6.3.1.2 Conferir o nome completo relatado com os dados do cartão de transfusão e com o nome que consta na pulseira de identificação e na prescrição; 6.3.1.3 Certificar-se se a transfusão do hemocomponente consta na prescrição médica;

6.3.1.4 Informar ao paciente sobre a administração do hemocomponente e orientá-lo para sinalizar qualquer reação diferente;

6.3.1.5 Aferir e anotar os sinais vitais nos períodos pré e pós transfusão;

6.3.1.6 Anotar horário de início e término da transfusão;

6.3.1.7 Instalar o hemocomponente, mantendo íntegro o sistema até o final do procedimento;

6.3.1.8 Instruir a equipe de enfermagem do setor de internamento para não infundir nenhum tipo de medicamento concomitantemente com a transfusão (exceto solução fisiológica 0,9%);

6.3.1.9 Controlar a transfusão para que seu tempo máximo não ultrapasse 4 horas, com gotejamento lento a depender do estado clínico do paciente

(cardiopatas, nefropatas, pediátricos e idosos);

6.3.1.10 Avaliar continuamente o paciente durante 10 minutos do início da transfusão;

6.3.1.11 Atentar para sinais de Reação Transfusional e instruir a equipe de enfermagem do setor de internamento para que, caso ocorra, seguir protocolo e avisar à Agência transfusional;

6.3.1.12 Na suspeita de qualquer efeito adverso à transfusão apresentado, a administração do hemocomponente deverá ser interrompida e o fato comunicado imediatamente ao médico do plantão e à agência transfusional para adequadas providências e notificação a Segurança do Paciente; 6.3.1.13 Preferir, sempre que possível, transfundir no período diurno; 6.3.1.14 Assinar e carimbar o término da evolução transfusional, que deve ser preenchida com os dados do hemocomponente e paciente;

6.3.1.15 Retornar de imediato com a bolsa do hemocomponente para a Agência Transfusional caso a transfusão não tenha sido realizada.

6.4 Observações: A transfusão em pacientes febris não é contraindicação absoluta à transfusão de hemocomponentes. É importante tentar reduzir a temperatura por meio de antitérmicos, pois a recidiva da febre pode ser sinal de hemólise ou de outro tipo de reação transfusional. Se, porém, houver urgência, a transfusão pode ser realizada mesmo em presença de febre após avaliação e autorização expressa do médico acompanhante.

6.4.1 A maioria dos erros de incompatibilidade ABO ocorre por checagem inadequada dos dados da identificação bolsa/paciente.

6.5 Transfusão de concentrado de hemácias

6.5.1 A transfusão de CH deve ser realizada para tratar ou prevenir iminente e inadequada liberação de oxigênio (O2) aos tecidos.

6.5.2 O CH é indicado para tratar ou corrigir anemia ou sangramento agudo do paciente. A solicitação baseia-se, geralmente, nos valores de hemoglobina e hematócrito.

VALOR DE HEMOGLOBINA	INDICAÇÃO
Menor que 6,0g/dL	É indicativo de transfusão devido ao risco de hipóxia teci
De 7 a 10g/dL	Devem ser bem avaliados pelo médico assistente, devendo somente se o benefício for maior do que o risco para o p
Maior que 10g/dL	Não tem indicação de transfusão, a menos que haja sang patologia que a justifique.

6.5.3 Em hemorragias, a transfusão de CH é recomendada após perda volêmica superior a 30% da volemia total;

6.5.4 Cada unidade de Concentrado de Hemácias aumenta, em média, 1g/dL os níveis de Hemoglobina e 3% do hematócrito do paciente;

6.5.4.1 Deve ser transfundido em 2 horas, em média, a depender do quadro clínico do paciente;

6.5.4.2 Nos primeiros quinze minutos da infusão, a velocidade de infusão (gotejamento) deve ser lenta (em média 15 gotas/minuto), após este período ficará a critério médico, de acordo com o quadro clínico do paciente.

6.5.5 Pacientes em tratamento com hemodiálise devem receber transfusão durante o procedimento para evitar sobrecarga volêmica. O Concentrado de Hemácias selecionado para este fim deve ser recém doado (utilizar no máximo 5 dias após a doação).

6.5.6 Caso algum CH enviado seja devolvido, deve-se inspecionar a bolsa, pois o sistema pode ter sido aberto, caso não, deixá-lo em observação por 24 horas para verificar grau de hemólise das hemácias antes de retornar ao estoque ou desprezar.

6.5.7 Transfusão de concentrado de hemácias em crianças

6.5.7.1 Recém-nascidos e até 4 meses de vida:

6.5.7.1.1 Considerar recém-nascido (RN) até 28 dias de vida;

6.5.7.1.2 RN < 1.200 g de peso: deve-se utilizar hemocomponentes leucorreduzidos ou não reagentes para citomegalovírus (CMV);

6.5.7.1.3 Volume a transfundir: 10 a 15 ml/kg de peso;

6.5.7.1.4 Só utilizar hemocomponentes recém doados, com menos de 5 dias de coletado;

6.5.7.1.5 A transfusão de CH deve ser compatível com o soro materno, pois a expressão dos antígenos do bebê ainda está incompleta. A pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) também deve ser feita com o soro da mãe;

6.5.7.2 Crianças com mais de 4 meses de vida:

6.5.7.2.1 As transfusões devem ser ABO e RhD compatíveis com o sangue da criança, sendo necessária a coleta de amostra do mesmo.

6.5.8 **TRANSFUSÃO DE EXTREMA URGÊNCIA**

6.5.8.1 É um tipo de transfusão em que não é possível aguardar o término dos testes prétransfusionais pelo risco do paciente evoluir a óbito.

6.5.8.2 É indicado utilizar concentrados de hemácias de GS/Rh O negativo. 6.5.8.3 Em casos de ausência de CH desde tipo, pode se utilizar O positivo, exceto em crianças e mulheres em idade fértil.

6.5.8.4 Apesar do início das transfusões, é obrigatório continuar os testes pré-transfusionais e, caso haja alguma incompatibilidade, deve-se informar imediatamente ao médico assistente e ele decidirá o risco/benefício de continuar a transfusão.

6.5.8.5 Tipos de concentrado de hemácias:

TIPO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	CARACTERÍSTICAS
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS RICO EM LEUCÓCITOS (CH)	Obtido por processo de separação do sangue total, após a doação sanguínea.
	Ideal para pacientes que serão transfundidos pela primeira vez, ou que nunca apresentaram reação transfusional. Validade: 35 dias Estocagem: 02 a 06°C

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADAS (CHD)	
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS (CHL)	Obtido por procedimento especial realizado no Hemocentro apenas quando é solicitado. Retiram-se mais de 99,9% dos leucócitos (leucorredução) e as proteínas plasmáticas após 2 sucessivas lavagens com solução fisiológica a 0,9%. Ideal para pacientes que apresentaram reação transfusional às proteínas do plasma c oncentrado de plaquetas e crioprecipitado. Validade: 24 horas após preparo se mantido e m geladeira de 02 a 06°C.

6.6 Transfusão de concentrado de plaquetas (CP)

6.6.1 Indicações

6.6.1.1 A indicação de transfusão de plaquetas está associada à plaquetopenia devido à falência medular;

6.6.1.2 Transfundir sempre que houver contagem de plaquetas inferior a

10.000/☐l, se a contagem for inferior a 20.000/☐l com fatores associados como febre, hemorragias, alterações de hemostasia, queda rápida da contagem de plaquetas, quimioterapia.

6.6.1.3 Procedimentos cirúrgicos são aconselhados somente com

contagens de plaquetas superiores a 50.000/☐l;

6.6.1.4 Sempre que possível, plaquetas devem ser ABO e RhD compatíveis entre doador e receptor. A transfusão de plaquetas ABO incompatíveis pode ser feita, desde que seja administrado antialérgico previamente à transfusão e quando em crianças estas devem ser maiores de 2 anos;

6.6.1.5 Coagulação intravascular disseminada (CIVD);

6.6.1.6 Sangramento em pacientes com defeito qualitativo plaquetário; 6.6.1.7 Para transfusões profiláticas (com contagem de plaquetas superior a 25.000/☐l): Adultos com mais de 55kg de peso: dose mínima de 8-10U de CP unitários ou 1 CPaférese; Pacientes com menos de 55kg de peso: dose de 1U de CP unitários para cada 10kg de peso.

6.6.1.8 A infusão de CP na Dengue hemorrágica é uma situação especial que deve ser avaliada pelo médico acompanhante do paciente;

6.6.1.9 São contraindicações para a administração de CP: Púrpura Trombocitopênica Trombótica; Síndrome Hemolítica Urêmica; Síndrome Help; Púrpura Pós transfusional.

6.6.2 Tipos

6.6.2.1 Concentrado de plaquetas randômicas (CP): Obtido por processo de separação do sangue total. Apresenta volume de 50 a 60mL. Tem validade de 5 dias e deve ser mantido a uma temperatura de 22 a 24°C em agitação constante.

6.6.2.2 Pool de Plaquetas (Pool Buffy Coat): As plaquetas são extraídas da camada leucoplaquetária de uma bolsa de sangue total, sendo agrupadas em pools de 4 a 5 unidades. Tem validade de 5 dias e deve ser mantido a uma temperatura de 22 a 24°C em agitação constante. Apresenta volume de 250300mL.

6.6.2.3 Concentrado de Plaquetaférese (CPAférese): Obtido de um doador único, reduzindo risco de reação transfusional. Processo especial de doação sanguínea, sendo necessário agendamento prévio com o Hemocentro. Cada doação equivale a 8-10 CP randômicas. Também tem validade de 5 dias e deve ser mantido a uma temperatura de 22 a 24°C em agitação constante. Apresenta volume médio de 250 mL.

6.7 Transfusão de plasma fresco congelado (PFC)

6.7.1 Uma vez descongelado deve ser utilizado em até 24 horas, se mantido a temperatura de 2 a 6°C ou em 4 horas, se mantido em temperatura ambiente;

6.7.2 Descongelar em banho-maria, dentro de saco plástico limpo, a 37º C;

6.7.3 Após descongelado não deve ser recongelado;

6.7.4 O tempo máximo de infusão deve ser de 1 hora;

6.7.5 Bolsas com aspecto leitoso (lipêmico) ou ictérico devem ser descartadas do uso para transfusão;

6.7.6 Caso não seja utilizado assim que descongelado, deve-se colocar o horário em que foi descongelado em etiqueta presa à bolsa.

6.7.7 O uso de PFC é restrito e correlacionado à sua propriedade de conter as proteínas da coagulação. O componente deve ser usado no tratamento de pacientes com distúrbio da coagulação, particularmente naqueles com deficiência de múltiplos fatores.

6.7.8 Indicações

6.7.8.1 Deficiência de fatores da coagulação, congênita ou adquirida

(quando não se tem produto industrializado);

6.7.8.2 Hepatopatias;

6.7.8.3 Sangramento intenso com coagulopatia; 6.7.8.4 Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD);

6.7.8.5 Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT).

6.7.8.6 São contraindicações o uso de PFC como expansor volêmico; em sangramentos sem coagulopatia, para correção de testes anormais de coagulação, sem sangramento e em grandes queimaduras e septicemias. Dessa maneira, não se justifica a utilização do plasma para se obter volume sanguíneo ou como fonte de proteínas, pois existem outros produtos hemoterápicos específicos (industrializados) para estes casos. Não há necessidade de realização de provas de compatibilidade antes da transfusão de PFC. O componente deve ser, preferencialmente, ABO compatível. O volume a ser transfundido é de 10 a 20 mL de PFC por kg de peso, aumentando de 20% a 30% os níveis dos fatores de coagulação do paciente, chegando a níveis hemostáticos.

6.8 Transfusão de crioprecipitado (CRIO)

6.8.1 Indicações

6.8.1.1 Hipofibrinogenemia;

6.8.1.2 Disfibrinogenemia;

6.8.1.3 Doença de Von Willebrand, quando não houver o fator industrializado;

6.8.1.4 Deficiência de fator VIII, quando não houver o fator industrializado. O cálculo da quantidade de bolsas do componente necessária para correção de hipofibrinogenemia dependerá da natureza do sangramento e da gravidade da deficiência inicial. Sempre que possível utilizar componente ABO compatível. Quando não houver disponibilidade da bolsa ABO compatível, os grupos serão aceitos para transfusão, exceto em crianças.

6.9 Reserva cirúrgica de hemocomponentes

6.9.1 A solicitação de tipagem sanguínea e componentes de reserva, devem ser feitas no intervalo mínimo de 24hs pela equipe cirúrgica, com assinatura e carimbo do médico no formulário de Solicitação de transfusão. No campo indicação da transfusão/diagnóstico especificar que se trata de reserva para procedimento cirúrgico (especificar o tipo de cirurgia), data e hora agendado para a cirurgia.

6.9.2 Caso a cirurgia seja antecipada ou adiada, é imprescindível que a Agência Transfusional seja comunicada, para realização dos testes pré-transfusionais ou retirada dos hemocomponentes reservados, respectivamente.

6.9.3 A reserva cirúrgica garante ao médico e ao paciente segurança no intra e pós-operatório, mas é importante que o médico lembre-se que no momento em que um hemocomponente está reservado para um, outros pacientes serão privados deste, portanto deve-se pedir com cautela e bom senso os tipos e quantidades de hemocomponentes para reserva.

6.10 **Condutas nas reações tranfusionais:**

6.10.1 **Febre e/ou calafrios** (Elevação superior a 1ºC durante o curso da transfusão):

6.10.1.1 Suspender a transfusão e solicitar os exames para a Investigação da reação transfusional

6.10.1.2 Prescrever um anti-térmico parenteral (Dipirona), por via intravenosa

6.10.1.3 Pedir à enfermagem que recolha a bolsa de sangue, tendo o cuidado de isolar a extremidade do equipo (tampa, clampe ou nó) que estava conectada à veia do paciente. Este procedimento visa à realização de cultura microbiológica na bolsa de hemocomponente.

6.10.1.4 Solicitar a coleta de amostra(s) de sangue do paciente, para realização de hemocultura, sempre que necessário.

6.10.2 **Reações alérgicas**

6.10.2.1 Suspender a transfusão. Se o paciente tiver história de alergia ou apresentar um dos seguintes sinais: prurido intenso, prurido generalizado, mais de 5 placas de urticária, placa urticariforme extensa, deve-se prescrever antihistamínico oral ou parenteral e/ou corticosteróide parenteral (Hidrocortisona, 100 a 500 mg IV), dependendo da extensão da reação e do grau de desconforto do paciente.

6.10.2.2 Em reações moderadas e graves: Suspender a transfusão e prescrever corticosteróides IV (Hidrocortisona, 100 a 500 mg IV).

6.10.2.3 Em caso de broncoespasmo, prescrever nebulização com broncodilatadores, e Aminofilina, 480 mg diluídos em soro fisiológico ou glicosado. Correr IV em 30 minutos Prescrever adrenalina subcutânea se a reação se agravar ou não melhorar apesar do tratamento. Solicitar cultura de bolsa para germes aeróbios, anaeróbios e fungos

6.10.2.4 Em reações graves (Choque Anafilático): Suspender a transfusão e adotar a seguinte terapêutica: Epinefrina (1:1000): 0,4 ml Subcutânea. Se não houver reversão do quadro, infundir 0,5 ml de adrenalina diluído em 10 ml de salina, IV , em dripping durante 5 minutos; repetir em intervalos de 5 a 15 min até ocorrer resposta satisfatória Aminofilina, como descrito acima (reações moderadas), monitorização cardíaca obrigatória, hidratar com Soro fisiológico em infusão rápida, manter vias aéreas livres, e instalar suporte ventilatório quando necessário (entubação, traqueostomia, e ventilação mecânica).

6.10.3 **Reações hemolíticas**

6.10.3.1 Suspender a transfusão e prescrever conforme a evolução clínica e laboratorial do paciente, levando em consideração as seguintes orientações: 6.10.3.2 Manter hidratação venosa com Soro Fisiológico, em infusão rápida

(1000 ml em 1 a 2 horas);

6.10.3.3 Monitorização cardíaca;

6.10.3.4 Prescrever Furosemida (20 a 80 mg IV);

6.10.3.5 Efetuar balanço hídrico rigorosos para prevenir hiper-hidratação;

6.10.3.6 Medir diurese horária para avaliação do fluxo renal;

6.10.3.7 Em caso de choque, prescrever Dopamina 1 a 10 g/kg/min (5 ampolas em 500 ml de Soro Glicosado a 5% tem aproximadamente 8g/gota); 6.10.3.8 Exsanguíneo-transfusão de pelo menos uma volemia se houver piora aguda do quadro;

6.10.3.9 Solicitar à enfermagem que recolha a bolsa de sangue, tendo o cuidado de isolar a extremidade do equipo que está conectada à veia do paciente;

6.10.3.10 Devolver a bolsa para o Serviço de Hemoterapia;

6.10.3.11 Providenciar a coleta de amostras do paciente para a realização dos exames, incluindo hemocultura do paciente e cultura bacteriológica do hemocomponente em questão;

6.10.4 **Lesão Pulmonar Associada a Transfusão – TRALI**

6.10.4.1 Suspender a transfusão, caso esta ainda esta não tenha sido concluída;

6.10.4.2 Manter vias aéreas livres;

6.10.4.3 Colocar o paciente sob Oxigenoterapia, ou, se necessário, entubar e colocar em respirador;

6.10.4.4 Solicitar RX de tórax e gasometria arterial;

6.10.4.5 Manter o paciente sob constante observação;

6.10.4.6 ¾ dos pacientes necessitam de suporte ventilatório. A mortalidade fica em torno de 6 a 14 %. Com cuidados de terapia intensiva, a maioria dos pacientes recupera a função pulmonar de 72 a 96 h.

6.10.5 **Sobrecarga volêmica**

6.10.5.1 Suspender a transfusão

6.10.5.2 Elevar a cabeceira do paciente

6.10.5.3 Prescrever diurético (Furosemida 40 a 80 mg IV)

6.10.5.4 Prescrever digitálico, se necessário

6.10.5.5 Tratar como edema agudo de pulmão, se o quadro evoluir para tal (morfina subcutânea, Isossorbida sublingual, diurético, digitálico etc.).

6.10.5.6 Nestes casos a transfusão deve ser lenta: 1 ml/Kg/hora e em pequenos volumes. Se necessário fracionar bolsa.

6.10.5.7 Estes pacientes deverão ser transfundidos com a cabeceira do leito elevada e as pernas pendentes.

7. EPI

7.1 Luvas, Máscara cirúrgica e Óculos.

8. BIBLIOGRAFIA/ REFERÊNCIAS NORMATIVAS

8.1 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada Nº 34. 11 de junho de 2014

8.2 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Boletim de Hemovigilância nº 7. outubro de 2015.

8.3 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Manual para transporte de sangue e hemocomponentes no âmbito da hemoterapia. 2ª ed., 2016.

8.4 BORDIN, J.O., JÚNIOR, D.M.L., COVAS, DT. HEMOTERAPIA - Fundamentos e Prática. São Paulo: Atheneu, 2007.

8.5 FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE MINAS GERAIS. Hemoterapia - Condutas para a Prática Clínica. 2015.

8.6 HARDY J.F. Current status of transfusion triggers for red blood cell concentrates. Transfusion and Apheresis Science, 31(1):55-66, 2004.

8.7 LORENZI, T.F. Manual de Hematologia – Propedêutica e Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 4ª ed., 2006.

8.8 MINISTÉRIO DA SAUDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Guia para uso de Hemocomponentes. 2ª ed., 2015.

8.9 MINISTÉRIO DA SAUDE. Portaria Nº 158. 04 de fevereiro de 2016.

10. REGISTRO

10.1. Formulário de requisição do Banco de Sangue;

10.2. FOR.047.DCM TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA RECEPTOR DE SANGUE E/OU HEMOCOMPONENTES.

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1 NC: Não aplicação do protocolo

11.1.1 AÇÃO: Notificar e tratar junto com a Comissão Hemovigilância para possível considerações necessárias para que não ocorra mais falha no processo.

11.2 NC: Reação Transfusional

11.2.1 AÇÃO: Notificar e tratar junto com a Comissão Hemovigilância para possível considerações necessárias para que não ocorra mais falha no processo

12. INDICADOR DE DESEMPENHO

12.1 Taxa de adesão ao protocolo de Hemotransfusão segura;

12.2 Índice de Transfusões noturnas;

12.3 Índice de perda de hemocomponentes;

12.4 Índice de reações transfusionais;

12.5 Taxa de adesão ao protocolo de reserva cirúrgica;

13. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. A terapia transfusional é um procedimento de suporte essencial para o cuidado do paciente clínico e cirúrgico que envolve riscos, mesmo sendo realizada por meio de indicação precisa e respeitando todas as normas técnicas preconizadas. Há sempre um risco potencial de ocorrer reações transfusionais, quer sejam imediatas ou tardias.

13.2. Surge, portanto, a necessidade de se garantir segurança e qualidade do sangue e hemocomponentes oferecidos aos pacientes seguindo o que preconiza a legislação vigente,

como a RDC 34/2014 – da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Portaria 158/2016 – Ministério da Saúde (MS). Visando este fim, é necessário um controle das ações realizadas pelos profissionais responsáveis, desde a captação dos doadores até a administração no paciente. 13.3. Torna-se imprescindível, também, a participação do médico assistente na indicação correta da transfusão, promovendo a utilização racional de hemocomponentes e hemoderivados, além do devido preenchimento do formulário de solicitação com letras legíveis e sem rasuras. Tais medidas são indispensáveis para evitar a troca de pacientes e de amostras coletadas.

14. ANEXOS

Não se aplica.

SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA

1. OBJETIVO

1.1. Prevenir infecção de trato urinário associada ao uso de Cateter vesical de demora (ITU-CVD).

2. APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todas as unidades de Internação onde houver pacientes com indicação para o cateterismo vesical de demora.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS** – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **ITU** – Infecção do Trato Urinário.

3.3. **CVD** – Cateter Vesical de Demora.

3.4. **SVD** – Sonda Vesical de Demora.

3.5. **Infecções do trato urinário relacionada à Assistência à Saúde (ITU-RAS):** Qualquer infecção do trato urinário relacionada a procedimento urológico, podendo ser associada ou não ao uso de cateter vesical de demora.

3.6. **ITU Relacionada à Assistência à Saúde Associada a Cateter vesical. (ITUAC):** Qualquer infecção sintomática de trato urinário em paciente em uso de cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias calendário (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e que na data da infecção o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais que estão ligados à assistência aos pacientes e de certa forma manipulam o cateter vesical de demora, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Médicos.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de Cateter vesical de demora e pacientes em uso de cateterismo vesical intermitente.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Cateterismo vesical de demora, ações do Enfermeiro:

6.1.1. Confirmar o nome do paciente e verificar a identificação do paciente;

6.1.2. Confirmar a indicação e calibre do cateter vesical;

6.1.3. Verificar suprimentos: xilocaína gel a 2% - tubo novo, seringa de 10ml, água destilada, clorexidina degermante, clorexidina aquosa, soro fisiológico, sistema coletor fechado, gaze, compressa, luva estéril e de procedimento, bandeja de cateterismo vesical;

6.1.4. Higienizar as mãos com água e sabão;

6.1.5. Higienizar previamente da região periuretral com clorexidina degermante (uso de luvas de procedimento e capote não estéreis);

6.1.6. Higienizar de forma antisséptica das mãos com clorexidina degermante 2%; 6.1.7. Paramentar com touca, máscara, óculos de proteção, capote (não há necessidade de ser estéril) e luvas estéril;

6.1.8. Montar o sistema antes de passar a sonda (conectar a sonda a sistema de drenagem). Testar a sonda.

6.1.9. Realizar antissepsia da região periuretral com clorexidina aquosa;

6.1.10. Utilizar do campo fenestrado;

6.1.11. Inserir cateter utilizando técnica asséptica;

6.1.12. Fixar do cateter corretamente (hipogástrio no sexo masculino/ raiz da coxa sexo feminino);

6.1.13. Registrar em prontuário da passagem da sonda;

6.1.14. O Enfermeiro ou técnico em Enfermagem realizará o preenchimento do Check List para Inserção de Sonda Vesical de Demora, com as variáveis C para conforme e NC para não conforme em cada ação citada à cima.

6.2. BUNDLE DE MONITORAMENTO PARA PREVENÇÃO DE ITU, ações da Equipe de Enfermagem:

6.2.1. Check list de ações que a equipe de enfermagem fará a este paciente em uso de Sonda Vesical de Demora, o enfermeiro avaliará diariamente cada item e preencher o Bundle de acordo com cada ação a ser realizada, as variáveis C para conforme e NC para não conforme em cada ação**;**

6.2.2. Sistema coletor de urina (fechado sem violação, sem presença de vazamentos, mau funcionamento do clipe de fechamento do tubo coletor ou relatos de desconexões);

6.2.3. Higiene perineal e do meato uretral uma vez ao dia e/ou após cada evacuação;

6.2.4. Sistema coletor mantido abaixo do nível da bexiga do paciente e 10 cm distante do chão;

6.2.5. Esvaziamento correto do sistema coletor quando estiver com 2/3 da sua capacidade sem que o tubo de drenagem tenha contato com recipiente coletor; 6.2.6. Higienização das mãos antes e após tocar o sistema de drenagem;

6.2.7. Manutenção do fluxo de urina livre evitando dobras e acotovelamentos do sistema de drenagem;

6.2.8. Necessidade de manter a sonda.

6.3. RECOMENDAÇÕES

6.3.1. Em caso de admissão de paciente que já venha em uso da SVD, trocar todo o sistema (sonda e saco coletor) no momento da admissão.

6.3.2. Avaliar diariamente o paciente em uso de SVD.

6.3.3. Não é indicado troca programada da SVD, sendo indicada apenas quando, após avaliação, houver necessidade.

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

8.1.Touca;

8.2. Máscara;

8.3. Óculos de proteção;

8.4. Capote;

8.5. Luvas de procedimento e luvas estéril.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017.

10. REGISTROS

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não conforme: O não preenchimento do Check List/ Bundle e/ou ações propostas não realizadas, sendo preenchidas com o termo **NC** (não conforme).

12.1. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível. Caso algum item do check List de inserção estiver **NC** (não conforme), quem estiver preenchendo deverá sinalizar verbalmente ao enfermeiro para que haja adequação. Já no preenchimento do Bundle caso o enfermeiro perceba algum item não conforme, alertar a equipe de enfermagem para proceder com as ações o quanto antes.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora;

12.2. Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário;

12.3. Adesão ao Bundle de Prevenção de Infecção Associada à Sonda Vesical de Demora (SVD).

13. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. A infecção do trato urinário (ITU) é uma das causas prevalentes de infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS). Tem grande potencial preventivo e está relacionada à cateterização vesical na maioria dos casos, assim, faz-se necessário o cumprimento desse protocolo para garantir o controle da ocorrência de infecções no HOSPITAL.

14. ANEXO

SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A ACESSO VENOSO CENTRAL

1. OBJETIVO

1.1. Prevenir a infecção Primária de Corrente Sanguínea associada a Acesso Venoso Central.

2. APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todas as unidades de Internação onde houver pacientes em uso de Acesso Venoso Central.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS** – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **CVC** – Cateter Venoso Central.

3.3. **IPCS** – Infecção Primária de Corrente Sanguínea.

3.4. **Cateter central:** cateter utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação está posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias

braquicefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e, em neonatos, cateter umbilical venoso ou arterial.

3.5. **Infusão:** introdução de uma solução no vaso sanguíneo, através do lúmen de um cateter. Inclui infusão contínua (fluidos nutricionais ou medicamentos) ou infusão intermitente (flushing, administração de antimicrobianos, transfusão de hemoderivados ou hemodiálise).

3.6. **Cateter umbilical:** dispositivo vascular central inserido através da artéria ou veia umbilical em neonatos. Cateter central temporário: cateter não tunelizado e não implantado, originalmente destinado a terapias infusionais de curta duração. 3.7. **Cateter central de longa permanência:** inclui cateteres tunelizados (como alguns cateteres para diálise, quimioterapia e nutrição) e cateteres totalmente implantados (como os ports).

3.8. **Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter central:** infecção da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter central por um período maior que dois dias de calendário (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior.

3.9. **Período de janela da infecção:** período de 7 dias durante os quais são identificados todos os elementos (sinais, sintomas, resultados de exames de imagens e/ou laboratoriais) necessários para a definição da infecção. Para a identificação do período de janela da IPCSL deve-se considerar três dias antes e três dias depois da data da primeira hemocultura positiva.

3.10. **IPCS laboratorialmente confirmada associada a cateter central:** Pelo critério 1: paciente acima de 28 dias com agente patogênico identificado em uma ou mais hemoculturas e que o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso. Critério 2: Paciente > 1 ano apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: Febre (>38°C); Calafrios; Hipotensão (pressão sistólica ≤ 90 mmHg) e duas ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: Corynebacterium spp. (exclui C. diphtheriae), Bacillus spp. (exclui B. anthracis), Propionibacterium spp., Staphylococcus coagulase negativa, Streptococcus do grupo viridans, Aerococcus spp. e Micrococcus spp. E que o microrganismo identificado não esteja relacionado a outro foco infeccioso. Critério 3: Crianças > 28 dias e ≤ 1ano apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: Febre (>38°C); Hipotermia (<36°C); Apneia; Bradicardia e duas ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: Corynebacterium spp. (exclui C. diphtheriae), Bacillus spp. (exclui B. anthracis), Propionibacterium spp.,

Staphylococcus coagulase negativa, Streptococcus do grupo viridans, Aerococcus spp. e Micrococcus spp. E O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais que estão ligados à assistência aos pacientes e que de certa forma manipulam o Cateter Venoso Central (CVC): Médicos que realizarão a inserção do cateter, Enfermeiros que farão curativos e preenchimento do Bundle e os Técnicos em Enfermagem que manipularão o cateter, realizando as ações de prevenção de Infecção Primária de corrente sanguínea (IPCS).

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de Cateter Venoso Central.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Monitorar a inserção do CVC

6.1.1. Verificar suprimentos e equipamentos montados (bandeja de mayo, fronha, capote estéril, bandeja de CVC, campos amplos, luva estéril, clorexidina degermante, clorexidina alcoólica, gaze estéril, fio de sutura, seringa, agulhas, anestésico, água destilada, CVC, equipo, polifix e EPIs); 6.1.2. Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2%;

6.1.3. Paramentar completamente (touca, máscara e óculos protetor, capote e luvas estéreis);

6.1.4. Confirmar o nome do paciente e verificar identificação da pulseira;

6.1.5. Confirmar a indicação do cateter;

6.1.6.. Definir o sítio de inserção;

6.1.7. Preparar sítio de punção: Aplicar clorexidina alcoólica 0,5 % fazer movimento de vai e vem e aguardar secagem espontânea;

6.1.8. Cobrir paciente com campo amplo estéril – Ex: uso de 3 campos: um campo grande que cubra a parte da cabeça aos pés na diagonal, deixando o ombro exposto, um pequeno cobrindo

a cabeça e outro pequeno fechando um triângulo deixando a área de inserção exposta. Fixar os campos com pinça Backhaus;

6.1.9. Realizar curativo em técnica asséptica com gaze estéril;

6.1.10. Registrar em prontuário;

6.1.11. Caso necessário, instituir medidas corretivas antes do início do procedimento de instalação do cateter.

6.1.12. Relatar qualquer intercorrência no campo "observação.

6.1.13. Em caso de sujidade visível no sítio de punção, aplicar clorexidina degermante 2%, enxaguar com SF 0,9% secar com compressa estéril.

6.2. Preencher bundle de monitoramento para prevenção de IPCS após realizar as atividades a seguir.

6.2.1. Registrar a indicação de permanência do dispositivo;

6.2.2. Higienizar as mãos e realizar a desinfecção das conexões, conectores e portas de adição de medicamentos com álcool a 70% por 5-15 segundos, antes do manuseio do cateter;

6.2.3. Ao administrar medicação, trocar a agulha 40x12 (rosa) por uma 25x8 (verde) ou 25x7 (cinza).

6.2.4. Monitorar e avalizar se sítio de inserção apresenta ou não sinais flogísticos, registrar avaliação em prontuário;

6.2.5. Realizar troca de curativo conforme cobertura;

6.2.6. Manter via exclusiva para infusão de sangue, derivados ou nutrição parenteral;

6.2.7. Trocar sistema de infusão a cada 96 horas e/ ou em caso de suspeita de choque pirogênico e presença de sangue visível aderido no interior do sistema. 6.2.8. Observar o registro da troca (data e assinatura) nos equipos de infusão; 6.2.9. Caso tenha cateter – Pressão arterial invasiva (PAI) = Troca de transdutores a cada 96 horas, junto com os acessórios e soluções para flush;

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

8.1. Touca;

8.2. Máscara;

8.3. Óculos de proteção;

8.4. Capote;

8.5. Luvas estéreis.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

9.2. Programa Brasileiro de Segurança do Paciente. Protocolo Clínico: Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada a Acesso Vascular Central - IPCS-AVC. 3ª Revisão Janeiro – 2018 Versão N° 0 Março 2012

10. REGISTROS

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não conforme: não preenchimento do Check List/ Bundle e/ou ações propostas não realizadas, sendo preenchidas com o termo **NC** (não conforme).

11.2. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível. Caso algum item do check List de inserção estiver **NC** (não conforme), quem está preenchendo sinalizar verbalmente ao médico que fará a realização do procedimento para necessária adequação. Já no preenchimento do Bundle caso o enfermeiro perceba algum item não conforme, alertar a equipe de enfermagem para proceder com as ações o quanto antes.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Taxa de Utilização de CVC;

12.2. Densidade de Incidência de IPCS;

12.3. Adesão ao Bundle de Prevenção de IPCS

13. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. Não se aplica.

14. ANEXO

14.1. FORMULÁRIO PARA INSERÇÃO DE CVC

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO

1. OBJETIVO

1.1. Prevenção de infecções do trato respiratório, auxiliar no controle e diagnóstico destas patologias, bem como oferecer subsídios para elaboração de indicadores de saúde.

2. APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todas os setores onde houver pacientes em uso de ventilação mecânica.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS:** Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **PAV:** Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

3.3. **VM:** Ventilador mecânico

3.4. **UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

3.5. **Pneumonia:** Infecção pulmonar identificada pela utilização de uma combinação de critérios: imagem radiológica, clínicos e laboratoriais.

3.6. **Pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV):** pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias de calendário (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou o ventilador mecânico havia sido removido no dia anterior.

3.7. **Ventilador mecânico (VM):** é definido como o dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal. Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. Pressão positiva contínua em vias aéreas – Continuou Positive Airway Pressure – CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal.

3.8. **PNEUMONIA DEFINIDA CLINICAMENTE**: Paciente com doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação E pelo menos UM dos sinais e sintomas: Febre (temperatura: >38°c), sem outra causa associada; Leucopenia (< 4000 cel/mm3) ou leucocitose (> 12000 cel/mm3); Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥70 anos E pelo menos DOIS dos sinais e sintomas: surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240 ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Ausculta com roncos ou estertores; · Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia.

3.9. **PNEUMONIA DEFINIDA MICROBIOLOGICAMENTe**: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação E Pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura > 38ºC), sem outra causa associada;

Leucopenia (< 4000 cel/mm3) ou leucocitose (> 12000 cel/mm3); Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥70 anos E pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Ausculta com roncos ou estertores; Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia Pelo menos UM dos resultados abaixo: Hemocultura positiva, sem outro foco de infecção; Cultura positiva do líquido pleural; Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar e escovado protegido); Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar achado de ≥5% leucócitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares); Cultura positiva de tecido pulmonar; Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos; Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas, Virus, Bordetella, Legionella, Chlamydophila ou Mycoplasma identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento; Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza, Chlamydophila); Aumento de 4 vezes nos valores de IGG na sorologia para Legionella. pneumophila sorogrupo I titulada

≥ 1:128 na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta; Detecção de antígeno de Legionella pneumophila sorogrupo I em urina.

3.9. **PNEUMONIA EM PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS**: Paciente com doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação; Pneumocele, em crianças menores de 1 ano E pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura: >38ºC), sem outra causa associada; Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥70 anos; Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração; Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia; Ausculta de roncos ou estertores; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Hemoptise; Dor pleurítica. E pelo menos UM dos resultados abaixo: Hemocultura positiva, sem outro foco de infecção; Cultura positiva do líquido pleural; Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (lavado broncoalveolar e escovado protegido); Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar, achado de ≥5% leucócitos

e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares); Cultura positiva de tecido pulmonar; Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos; Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas. Vírus, Bordetella, Legionella, Chlamydophila ou Mycoplasma identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento; Aumento de 4 vezes nos valores de IGG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza, Chlamydophila); Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para Legionella pneumophila sorogrupo I titulada >1:128 na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta; Detecção de antígeno de Legionella pneumophila sorogrupo I em urina; Identificação de Candida spp. em amostra de sangue e de secreção respiratória (escarro, aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou escovado protegido); Evidência de fungo em amostra obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar ou escovado protegido) de uma das seguintes: Exame de microscopia direta; Cultura positiva de fungo; Teste diagnostico laboratorial (não cultura).

3.10. **PNEUMONIA EM CRIANÇAS > 4 SEMANAS E ≤ 1 ANO**: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado persistente novo ou progressivo; Opacificação; Cavitação; Pneumatocele E piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios) E pelo menos TRÊS dos seguintes sinais e sintomas: Instabilidade térmica; Leucopenia (≤4000 cel/mm3) ou leucocitose (≥ 15000 cel/mm³) e desvio a esquerda (≥ 10% bastonetes); Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Apneia, taquipneia, batimento de asa de nariz e tiragem intercostal; Ausculta com sibilos, roncos ou estertores; Tosse; Bradicardia (< 100bmp) ou taquicardia (> 170bpm).

3.11. **PNEUMONIA CRIANÇAS > 1 ANO E < 12 ANOS**: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: · Infiltrado persistente novo ou progressivo; · Opacificação; Cavitação E pelo menos TRÊS dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura: >38ºC); Leucopenia (≤ 4000 cel/mm³) ou leucocitose (≥ 15000 cel/mm³); Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Início ou piora da tosse ou dispneia ou apneia ou taquipneia; Ausculta com roncos ou estertores; Piora da troca gasosa

(dessaturação, como por exemplo PaO2/FiO2<240, ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios).

4. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais de saúde que estão ligados à assistência aos pacientes em ventilação mecânica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de ventilação mecânica.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Conjunto de práticas recomendadas baseadas nas recomendações da ANVISA, a serem implantadas para a prevenção de PAV. A abordagem é mais bem sucedida quando todas as práticas são executadas em conjunto, seguindo a estratégia do "tudo ou nada".

6.2. As práticas recomendadas são:

6.2.1. Elevar da cabeceira da cama a 30 a 45°;

6.2.2. Diminuir sedação;

6.2.3. Realizar Higiene oral 3 vezes por dia;

6.2.4. Cuidados com o circuito do ventilador;

6.2.5. Manter pressão do cuff entre 25 a 30 cmH2O ou 18 a 22 mmHg;

6.2.6. Verificar diariamente a possibilidade de extubação;

6.2. **Manter cabeceira da cama 30 a 45°:** A VM está associada a altas taxas de pneumonia, pois o tubo endotraqueal inibe mecanismos de defesa importantes do trato respiratório superior, contribui com a produção e acúmulo de secreções da orofaringe, inibe mecanismos de tosse efetivos e pode ser uma fonte de infecção. A colonização da orofaringe e estômago com microrganismos patogênicos parece preceder o desenvolvimento da PAV. A utilização de bloqueadores dos receptores de histamina para prevenção de úlcera gástrica altera o pH do suco gástrico, o que facilita a colonização por microrganismos patogênicos, além da presença

da sonda nasogástrica que facilita o refluxo das bactérias do estômago. Por estas razões, parece lógico que o posicionamento inadequado do paciente possa impactar no surgimento da pneumonia. Além disto, o posicionamento do paciente em decúbito elevado pode favorecer também a ventilação espontânea. Não há dados suficientes para afirmar que a recomendação de manter pacientes com a cabeceira elevada em 30 a 45° tenha impacto significativo na redução da PAV ou mortalidade. Porém, em função de ser uma medida simples, de fácil aplicabilidade, com baixo risco de complicação, nenhum custo e um benefício potencial, no último compêndio de estratégias de prevenção de PAV, publicado pelo SHEA em 2014, esta medida, classificada como uma medida básica foi recomendada. Ainda não está claro também, se a elevação do decúbito apenas a 30° é suficiente, mas parece ser mais aceitável para pacientes com menor grau de sedação e possibilita maior adesão ao posicionamento adequado. A utilização do decúbito elevado diminui a incidência de PAV especialmente em pacientes recebendo nutrição enteral. Outra razão para desta intervenção é a melhoria dos parâmetros ventilatórios em comparação com a posição supina.

6.3. **Diminuir sedação:** recomenda-se adequar diariamente o nível de sedação e o teste de respiração espontânea. A utilização da menor dose possível de sedação e a avaliação da prontidão do paciente para a extubação tem sido correlacionada com a redução do tempo de ventilação mecânica e, consequentemente, a uma redução na taxa de PAV. A escolha dos tipos de fármacos, intensidade e duração da sedação estão associadas com o risco aumentado das taxas de eventos, que incluem: delírio, imobilidade, infecção, eventos associados à VM, tempo prolongado de ventilação mecânica, aumento do tempo de internação e morte. A diminuição do nível de sedação, que deve ser buscada diariamente, e do tempo de sedação pode contribuir para um menor tempo de intubação e possivelmente com menor mortalidade. Já a interrupção diária da sedação pode apresentar alguns riscos, como por exemplo, a extubação acidental. O aumento do nível de dor e ansiedade leva a possibilidade de assincronia com a ventilação, o que pode gerar períodos de dessaturação. Deve ser realizado diariamente o questionamento sobre a necessidade do suporte respiratório com VM invasiva. A avaliação das causas que levaram ao uso da prótese mecânica e a situação do paciente podem sinalizar se há condições para a submetê-lo ao teste de respiração espontânea. A adequação do nível de sedação pode contribuir para a suspensão dos sedativos, melhor avaliação da presença de dor e para a suspensão dos opioides utilizados para analgesia, contribuindo assim, para aumentar as chances da colocar o paciente em teste de respiração espontânea. Estas ações contribuem para o maior sucesso na retirada de prótese ventilatória.

6.4. **Realizar Higiene oral 3 vezes por dia:** a importância dos cuidados bucais em pacientes sob terapia intensiva tem sido alvo de inúmeras investigações e os resultados alertam para a necessidade de se implantar diretrizes adequadas e seguras. Na última publicação do SHEA de

2014, a utilização de clorexidine 0,12% para higiene oral foi classificada como medida de efeito moderado. A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) recomenda a descontaminação da cavidade bucal com Clorexidina na prevenção de PAV, em pacientes sob ventilação mecânica. Diversos estudos têm demonstrado redução das Pneumonias. Associadas à Ventilação Mecânica quando a higiene oral é realizada com clorexidina veículo oral (0,12% não alcoólico). Desta forma, recomendamos essa medida como parte do Bundle entendendo que, segundo a ANVISA, quando aplicada em conjunto com outras medidas, pode ter um efeito positivo para redução de PAV.

6.5. **Cuidados com o circuito do ventilador:** a troca do circuito respiratório deve ser realizada apenas se o mesmo estiver visivelmente sujo ou com mau funcionamento. Esta recomendação é classificada como qualidade da evidência I, pela *SHEA*. Portanto, não é recomendada a troca rotineira deste dispositivo. Não há recomendações específicas em relação ao tempo que o circuito pode ficar montado, aguardando a internação do paciente. Mas, segundo estudos, recomenda-se reduzir os riscos de contaminação dos circuitos; por exemplo: no momento do preparo do leito/*box,* conectar o circuito respiratório no ventilador e proceder o teste do equipamento; depois disto, embalar o mesmo no próprio saco plástico que acondicionava o circuito, identificar com fita adesiva (limpo e testado - datar e assinar). Para que este circuito esteja seguro para uso, é fundamental que esteja acondicionado.

6.6. **Manter pressão do cuff entre 25 a 30 cmH2O:** A manutenção da correta pressão de *cuff* (P*cuff*) nos pacientes submetidos à ventilação mecânica é essencial. Excessiva pressão pode comprometer a microcirculação da mucosa traqueal e causar lesões isquêmicas, porém se a pressão for insuficiente, pode haver dificuldade na ventilação com pressão positiva e passagem da secreção subglótica por entre o tubo e a traqueia (microaspiração). Recomenda-se, portanto, que a pressão do *cuff* permaneça entre 18 a 22 mmHg ou 25 a 30 cmH2O (quando utilizado medidor de cuff). Evitar pressões do balonete maiores que 22 mmHg ou 30 cmH2O.

6.7. **Verificar diariamente a possibilidade de extubação:** a fim de evitar/ prevenir a PAV o desmame da VM, e consequente extubação, deve ser tentado o mais rápido possível. A retirada precoce da ventilação mecânica em pacientes internados nestas unidades pode exercer efeitos benéficos e redução no tempo de permanência e custos. Recomenda-se que a retirada do tubo endotraqueal seja realizada quando as condições clínicas permitirem. Alguns critérios clínicos para o desmame são: o motivo solucionado ou amenizado do início da ventilação mecânica; paciente sem hipersecreção (definida como a necessidade de aspiração > 2 h); tosse eficaz (PFE > 160 L/min) hemoglobina > 8-10 g/dL; adequada oxigenação (PaO2 /FiO2 > 150 mmHg ou SaO2 > 90% com FiO2 < 0,5); temperatura corporal <38,5-39,0°C; sem dependência de

sedativos; sem dependência de agentes vasopressores; ausência de acidose (pH entre 7,35 e 7,45); ausência de distúrbios eletrolíticos; adequado balanço hídrico.

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

8.1. Não se aplica.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Caderno 04. Brasília: Anvisa, 2017.

9.2. NEMER S. N; BARBAS C. S. V. Parâmetros preditivos para o desmame da ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.37, n.5, p.669-679, 2011. Acesso em: http://producao.usp.br/handle/BDPI/10394. Downloaded from:

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

10. REGISTROS

10.1. FOR.221.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA

A VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) REV.001

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não Conforme: Deixar de preencher o Bundle e/ou ações propostas.

11.2. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível, entendendo que se o item foi realizado conforme o esperado marca-se: "CONFORME", e em caso de não ter sido executado de maneira adequada marcar

"NÃO CONFORME", assim não deixar o formulário em branco. Caso algum item do Bundle estiver NC (não conforme), deve-se alertar a equipe para proceder com as ações o quanto antes, para assim prevenir PAV.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Adesão ao Bundle de Manutenção para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV);

12.2. Taxa de Utilização de VM;

12.3. Densidade de Incidência de PAV.

13. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. A pneumonia relacionada à assistência à saúde pode trazer grave repercussão para o paciente, é uma grave infecção que apresenta múltiplas causas e tem grande impacto nas taxas de morbimortalidade, tempo de internação hospitalar e aumento dos custos assistenciais. Diante disso, é fundamental a aplicação das várias medidas de prevenção apresentadas neste protocolo a fim de se prevenir a ocorrência de PAV.

SEGURANÇA DO CLIENTE GRAVE NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

EXECUTANTE:

Enfermeiros e médicos

TEMPO MÉDIO PARA EXECUÇÃO COM QUALIDADE:

20 minutos.

OBJETIVO:

Transportar o cliente crítico de forma segura entre as dependências de uma unidade hospitalar, visando a não desestabilização hemodinâmica. (LINHARES et al., 2012)

DEFINIÇÃO:

O transporte intra-hospitalar é o encaminhamento temporário ou definitivo de clientes por profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar, seja para fins diagnósticos, como: tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, angiografias, dentre outros, como também para intervenções terapêuticas, sendo o centro cirúrgico, ou para a internação em unidades de terapia intensiva (UTI). (LINHARES er al., 2012; NOGUEIRA, MARIN, CUNHA, 2011)

PROCEDIMENTO:

1. Materiais necessários

Maca, incubadora, cobertores, capacetes, cateteres nasais;

Lençóis e cobertores;

Ressuscitador manual e máscaras adequadas ao doente, válvula de PEEP;

Cânulas de Guedel de todos os tamanhos;

Material cricotireoidotomia

Nebulizador

Estetoscópio, kit para HGT;

Foco e lanterna

Fita adesiva, compressas, ataduras, esparadrapos e micropore;

Algodão, gazes, cotonetes;

Tubos de laríngeos, laringoscópio, tubos traqueais e fios guia;

Fonte de oxigênio com capacidade adequada;

Aspirador elétrico (com baterias) e sondas.

Drenos torácicos, conjunto de introdução e acessórios;

Monitor de transporte e desfibrilador adulto e pediátrico;

Oxímetro de pulso;

Monitor ECG com fios de derivação;

Monitor de pressão arterial não invasivo;

Leitor automático de PA e braçadeiras convenientes;

Material para punção e manutenção de perfusões endovenosas e respectivas seringas ou bombas volumétricas com bateria (agulhas, catéteres venosos, seringas, sistemas de soros etc.);

Soros (cristalóides e colóides) com mangas para administração sobre pressão;

Fármacos para suporte avançado de vida e outros que se julguem necessários ou específicos (terapêuticas continuadas ou intermitentes pré-programadas);

Ventilador de transporte com volume/minuto, pressão, PEEP e FiO2 reguláveis de forma fiável, capacidade de monitorização da pressão das vias aéreas, alarme de desconexão e alarme de alta pressão.

Equipamentos de comunicação (permitindo o contato entre os setores de origem e destino).

2. Equipamentos de proteção individual

Óculos;

Máscaras

Luvas de procedimentos

Avental

Sapatos fechados e antiderrapantes

3. Técnica

Ter a confirmação prévia de que a área para onde o doente será transportado está pronta para o receber (de enfermeiro);

Acionar a equipe treinada para este tipo de transporte;

Ao chegar no local de origem para o transporte;

a) A situação clínica do doente (transporte "emergente", "urgente" ou "eletivo");

b) A distância/duração do transporte;

c) As intervenções médicas necessárias durante o transporte;

d) A disponibilidade de pessoal e de recursos

Após a avaliação e reunião dos equipamentos, seguir a técnica de passagem do cliente do leito para maca;

a) Higienizar ao mãos;

b) Orientar o cliente quanto a necessidade do transporte;

c) Preparar o material;

d) Forrar a maca com lençol;

e) Colocar maca ao lado da cama;

f) Travar as rodas de maca;

g) Fechar drenos, sondas e equinos;

h) Organizar fios de derivações, TOT, bolsas e recipientes coletores (devem ser esvaziados se possível), de forma a não tracioná-los no momento da transferência;

3 elementos devem se posicionar ao lado da cama e os outros 03 elementos do outro lado da maca, posicionando-os das seguintes formas:

a) A primeira pessoa coloca um braço sob o pescoço e ombros, e outro sob as costas;

b) A segunda pessoa coloca um braço sob a cintura, e outro sob os quadris;

c) A terceira pessoa que fica aos pés do cliente coloca um braço sob os quadris, e o outro sob as pernas;

d) Os outros 3 elementos ficam do lado oposto e seguram o cliente da mesma forma (um elemento se firma no braço do outro);

e) Ao dizer 3 (três), o cliente é levantado e colocado na maca;

f) Cobrir o cliente com lençol;

g) Certificar se o cliente está confortável

h) Levantar as grades da maca.

O cliente que está sendo transportado deve receber, durante o transporte, monitorização das funções vitais semelhantes àquela usada na UTI, se for tecnologicamente possível;

Ao chegar o procedimento realizado, transportar o cliente ao local de origem, relatando no prontuário todas as informações necessárias: horário de saída e retorno, intercorrências, procedimentos realizados, equipe que participou.

REFERÊNCIAS:

PEDERSOLI, C.E. Transporte intra-hospitalar do cliente crítico. Medicina, Ribeirão Preto. 2007; 40 (4): 500-8, out./dez. [cited 2011 july 01] ; Available from: http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n4/2_transporte_intrahospitalar_cliente_critico.pdf

PEREIRA JÚNIOR, G.A. ET AL. Transporte do cliente crítico. Medicina, Ribeirão Preto, 34, 143-153, abr./jun.2001. [cited 2001 November 18]. Available from: http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n2/transporte_cliente.pdf

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. Guia para o Transporte de Doentes Críticos. 1997. Acesso em: 03 de julho de 2011. Disponível em: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/transporte%20de%20pacientes%20portugues.pdf

TRAIBER, C; ANDREOLIO, C; LUCHESE, S. Transporte intra-hospitalar de crianças criticamente doentes, Scientia Medica, Porto Alegre, 16, out, 2007. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1913/1419 Acesso em: 15 de jan 2012.

ZUCHELO, L.T.S; CHIAVONE, P.A. Transporte intra-hospitalar de clientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos, J bras. Pneumol. [serial on the Internet]. 35 (4): 367-374. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000400011&lng=en. http://dr.doi.org/10.1590/S1806-37132009000400011. Acesso em: 10 dez. 2011.

ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS

1. OBJETIVO

1.1. Armazenar medicamentos e materiais médico hospitalares de forma adequada.

2. APLICAÇÃO

2.1. Farmácia.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Farmácia hospitalar: é a unidade clínico assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por

farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.

3.2. CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico: Recebe os produtos comprados acompanhados das notas fiscais e conferi-los, adotando as normas técnicas de recebimento de produtos farmacêuticos, receber requisição da Farmácia Central e dispensar promovendo a separação, distribuição e registro de saída em planilha de Ecxel; realizar as atividades relacionadas à gestão de estoques; conservar os medicamentos em condições seguras, preservando a qualidade e permitindo o uso do sistema PVPS (primeiro a vencer, primeiro a sair), realizar levantamentos periódicos dos estoques e elaborar relatórios gerenciais.

3.3. Farmácia Central: receber da CAF, armazenar, controlar o estoque e distribuir os medicamentos e materiais para as farmácias satélites do hospital.

3.4. Farmácias Satélites: Para atender uma grande demanda que há em um hospital, e não sobrecarregar apenas a Farmácia Central, foram criadas as Farmácias Satélites, que é uma farmácia hospitalar localizada dentro de setores críticos do hospital tais como centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva. Os

principais objetivos destas farmácias são armazenar adequadamente produtos farmacêuticos para manter sua qualidade e integridade além de fornecer medicamentos e materiais de uma forma que o paciente seja prontamente atendido.

3.5. Armazenamento: conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação, segurança e controle de estoque.

3.6. Medicamento de Controle Especial: são substâncias com ação no sistema nervoso central e capazes de causar dependência física ou psíquica, estes medicamentos são regulamentados pela Portaria MS n.º 344, de 12 de maio de 1998 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). As substâncias sujeitas a controle especial estão separadas por grupos: Iista A1 e A2 (substâncias entorpecentes), A3, B1e B2 (substâncias psicotrópicas e psicotrópicas/anorexígenas), C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial).

3.7. Medicamento Antimicrobiano: são substâncias naturais, sintéticas ou semi- sintéticas que possuem capacidade de inibir o crescimento ou causar a morte de micro-organismos como os fungos e bactérias.

3.8. Medicamentos termolábeis: medicamento particularmente sensível à ação da temperatura e que por isso geralmente requer armazenamento sob refrigeração (entre 2ºC e 8ºC)

3.9. DCB: Denominação Comum Brasileira é a denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária.

3.10. Número do lote: qualquer combinação de números ou letras através da qual pode rastrear a história completa da fabricação desse lote e de distribuição no mercado.

3.11. T.I.: Tecnologia e Informação

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Entrada dos produtos na planilha de controle de estoque:

4.1.1. Entradas> Digitar Código do Produto > Digitar Data da Movimentação > Digitar a Quantidades da Entrada > Salvar.

4.2. Os medicamentos devem ser etiquetados e registrados no FOR.FAR.008 FRACIONAMENTO E ETIQUETAGEM DE PRODUTOS. As cores das etiquetas devem ser de acordo com alguns grupos de medicamentos:

4.2.1. Medicamentos de Alto Risco e Psicotrópicos: Vermelho.

4.2.2. Medicamentos Antimicrobianos: Amarelo.

4.2.3. Medicamentos Termolábeis: Azul.

4.3. Os produtos devem ser estocados nas prateleiras e armários, que não receba a luz direta do sol. Os produtos não devem ser colocados diretamente sobre o chão.

4.4. Os medicamentos sujeitos a Controle Especial devem ser armazenados em local seguro, isolados dos demais Medicamentos, em armários trancados. Devem ser mantidos sempre trancados e com acesso restrito.

4.5. Os medicamentos Antimicrobianos devem ser estocados em local separado dos demais medicamentos;

4.6. Os produtos termolábeis:

4.6.1. Devem ser estocados no refrigerador, com controle de temperatura;

4.6.2. Os refrigeradores devem ser mantidos limpos e arrumados, e devem ser utilizados somente para medicamentos. Não devem ser acondicionados alimentos e/ou bebidas.

4.7. Ordenar os medicamentos em Ordem Alfabética conforme DCB dentro do planejamento a seguir:

4.7.1 Antimicrobianos.

4.7.1.1 Comprimidos, Frascos e Bisnagas;

4.7.1.2 Frascos - Ampolas e Ampolas;

4.7.1.3 Bolsas;

4.7.1.4 Dispensação;

4.7.2 Medicamentos em Geral:

4.7.2.1 Frascos (soluções e gotas) e bisnagas;

4.7.2.2 Comprimidos;

4.7.2.3 Frascos- Ampolas e ampolas;

4.7.3 Medicamentos de Alta Vigilância;

4.7.3.1 Frascos – Ampolas e Ampolas;

4.7.3.2 Comprimidos;

4.7.3.3 Bolsas.

4.8. Não misturar medicamentos de lotes diferentes em um mesmo recipiente;

5.9. Os medicamentos com datas de validade mais próximas deverão ficar à frente, para que sejam dispensados primeiramente;

5.10. Não misturar com produtos de outra natureza (por exemplo, material de limpeza, e químicos ou saneantes);

5.11. As caixas-box (BINS) de guarda dos medicamentos ou a área (da prateleira ou armário) devem conter etiqueta informando o Nome e Unidade de medida. A formatação dos nomes devem estar de acordo com o FOR.FAR.021 Endereçamento dos Medicamentos e Materiais. Outros materiais as etiquetas devem conter o nome, bem como especificações técnicas.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Etiquetas

6. EPI

Não se aplica

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Farmacêuticos

7.2. Auxiliar de farmácia

7.3. Técnicos de farmácia

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Diariamente

9. REGISTROS

9.1. FOR.044.CS Endereçamento dos Medicamentos e Materiais.

9.2. Formulário da VISA de Aparecida de Goiânia.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. NC: Medicamento armazenado em local impróprio AÇÃO: Colocar o medicamento no local adequado.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

11.1. Os estoques devem ser inventariados mensalmente e qualquer discrepância devidamente esclarecida.

11.2. Medicamentos com prazos de validade vencidos, devem ser baixados do estoque, e segregados em um local identificado até que sejam encaminhados para o seu destino final de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do HOSPITAL. Os medicamentos de Controle Especial são

encaminhados à Vigilância Sanitária e registrados através do FOR.FAR.004 e ainda informado em formulário específico da VISA Municipal de Aparecida de Goiânia.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Gestão de Compras Hospitalar, Número 15 – Março/Abril/Maio 2012

12.2. Manual de Estruturação de Almoxarifado de Medicamentos e Produtos para a Saúde, e de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição, Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest, Área Temática da Assistência Farmacêutica, 2003.

12.3. BRASIL, Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/segu ranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos

12.4. Boas práticas de estocagem de medicamentos, Central de Medicamentos, Ministério da Saúde, Brasília, 2009.

12.5. ABC da Farmácia Hospitalar, Roberta Joly Ferreira Braga, 1.ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2014

12.6. BRASIL, Ministério da Saúde. SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL. Disponível em: http://www.portal.anvisa.gov.br/controlados

13. ANEXO

13.1 Não se aplica.

CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE DO AMBIENTE

1. OBJETIVO

1.1 Fazer o controle da temperatura e umidade do ambiente da Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Central e Farmácias Satélites.

2. APLICAÇÃO

2.1 Setor da CAF, Farmácia Central e Farmácias Satélites.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Termo-higrômetro: equipamento de medição das temperaturas ambiente e do refrigerador indicando máxima/mínima e a umidade relativa do ar.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 O registro da temperatura e umidade do ambiente do Setor da Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Central e Farmácias Satélites devem ser realizado às 8:00; 14:00 e 18:00 horas;

4.2 Visualizar no equipamento termômetro digital a temperatura do momento, a máxima e a mínima e umidade no Formulário FOR.FAR.002 e assinar o nome;

4.3 A temperatura ideal deve estar entre 15 e 30 °C.

4.4 A umidade relativa do ar ideal estar abaixo de 70%.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1 Termo – higrômetro

5.2 Caneta

6. EPI

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

7.1 Farmacêutico.

Não se aplica.

CONTROLE DA TEMPERATURA E LIMPEZA DAS GELADEIRAS

1. OBJETIVO

1.1. Fazer o controle da temperatura e limpeza da geladeira do Setor de Farmácia.

2. APLICAÇÃO

2.1. Setor de Farmácia.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Termo-higrômetro: equipamento de medição das temperaturas ambiente e do refrigerador indicando máxima/mínima e a umidade relativa do ar.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Controle de temperatura da geladeira:

4.1.1. O registro da temperatura da geladeira do Setor de Farmácia deve ser realizado as 8:00 , 14:00 e 18:00 horas;

4.1.2. Registrar a temperatura atual no Formulário FOR.131.CF, logo em seguida registrar a temperatura mínima e temperatura máxima, e assinar o nome;

4.1.3. Após os registros, reiniciar os registros de temperatura, para que o termômetro possa registrar novas temperaturas mínimas e máximas.

4.1.4. A temperatura deve estar entre 2 e 8 °C.

4.2. Limpeza da geladeira:

4.2.1. Higienizar as mãos;

4.2.2. Retirar os medicamentos e guardar em caixa térmica com controle de temperatura e gelox;

4.2.3. Retire o termômetro da geladeira;

4.2.4. Desligar a geladeira;

4.2.5. Após o degelo, retirar o excesso de água;

4.2.6. Calçar as luvas de procedimento e limpar internamente com água e detergente, incluindo a borracha da porta e os puxadores;

4.2.7. Enxaguar com água.

4.2.8. Secar internamente a geladeira;

4.2.9. Retire as luvas de procedimento. Instale o termômetro, religue a geladeira e aguarde alcançar a temperatura adequada (2 a 8º C);

4.2.10. Registrar a limpeza no FOR.139.CF, data da limpeza, assinar e carimbar.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Termo-higrômetro;

5.2. Caneta;

5.3. Pano limpo,

5.4. Água,

5.5. Detergente

6. EPI

6.1. Limpeza da geladeira: luvas de procedimento.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Farmacêutico

7.2. Auxiliar de Farmácia

7.3. Técnico de Farmácia

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Controle de temperatura: diariamente.

8.2. Limpeza: dia 30 de cada mês

9. REGISTROS

9.1. FOR.131.CF CONTROLE DE TEMPERATURA DA GELADEIRA.

9.2. FOR.139.CF CONTROLE DA LIMPEZA DA GELADEIRA.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. NC: temperatura fora do intervalo definido

AÇÃO: verificar o funcionamento do refrigerador, se estiver com defeito, notifica o Setor de Manutenção.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Manual de Limpeza e Desinfecção da ANVISA, 2010

12.2. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Manual de Limpeza, Desinfecção e Esterilização em Unidades de Saúde. 2006

13. ANEXO

Não se aplica.

MAPA NUTRICIONAL

1. OBJETIVO

1.1. Identificar as prescrições dietéticas dos pacientes, possibilitar a mensuração quantitativa das preparações diárias a serem distribuídas, assegurar e diferenciação entre os tipos de dietoterapia e seus respectivos usuários.

2. APLICAÇÃO

2.1. Setor de Nutrição e beira leito em todos os setores de internação.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Dietoterapia: Tratamento por meio de dieta.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. O FOR.180.CNT MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES, é preenchido por meio de consulta via prontuário físico e eletrônico, onde são coletadas as seguintes informações: nome completo, data de nascimento, prescrição dietética, número do leito e enfermaria onde se encontra o paciente.

4.2. Após a confecção do mapa o responsável irá durante visita nos leitos confirmar as informações anteriormente adquiridas, verificar se há alguma alteração ou fator que influencie na aceitação da dieta como: preferencias regionais ou culturais, uso de aparelhos ortodônticos ou próteses, ausências de próteses entre outros. Se forem identificados fatores que diminuam a aceitação da dieta, cabe a nutricionista e equipe de nutrição acrescentar as informações ao mapa.

4.3. Quando forem identificados fatores que diminuam a aceitação da dieta, cabe ao nutricionista e equipe de nutrição acrescentar as informações necessárias ao FOR.180.CNT MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES, após preenchimento, é encaminhado à área de produção antecedente a cada refeição, para que sejam confeccionadas as dietas assim como descritas, levando em consideração a prescrição dietética, idade e as individualidades de cada usuário identificado durante visita em leito.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Mapa

5.2. Prancheta

5.3. Caneta

6. EPI

6.1. Mascara, que varia de acordo com as precauções de cada enfermaria.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Equipe de nutrição da unidade: na descrição detalhada das atividades.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Diariamente anteriormente as refeições.

9. REGISTRO

9.1. FOR.180.CNT MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. NC: Caso não haja como imprimir o FOR.180.CNT MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES.

10.1.1. Ação: O mapa nutricional deve ser preenchido manualmente com as principais informações; nome completo, data de nascimento e dieta prescrita.

10.2 NC: Em caso de homônimos

10.2.1 Ação: Acrescentar o nome completo da mãe.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. A confecção do mapa nutricional possibilita assegurar a distribuição correta da dietoterapia prescrita para cada usuário, assim como quantificar o número de refeições a serem confeccionadas e distribuídas.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Não se aplica.

13. ANEXO

13.1. Não se aplica.

CONFERÊNCIA NO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO

1.1. Manter os carrinhos de emergência organizados com a quantidade estabelecida de medicamentos e materiais dentro do período de validade para atendimento às emergências médicas com segurança.

2. APLICAÇÃO

2.1. Reanimação;

2.2. Observação;

2.3. Clínica Médica adulto;

2.4. Clínica Pediátrica;

2.5. UTI adulto;

2.6. UTI Pediátrica;

2.7. Centro Cirúrgico.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Carrinho de emergência: é uma estrutura móvel constituída por gavetas providas com materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o atendimento do paciente em situações de emergências médicas.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 Imprimir o formulário de materiais e medicamentos de conferência do carrinho de emergência (FOR.265.CF CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA ADULTO ou FOR.266.CF CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICO) e dirigir-se ao local onde se encontra o carrinho a ser conferido.

4.2 Informar o Enfermeiro (a) responsável que será realizada a conferência;

4.3 Romper o lacre do carrinho; anotar no formulário o número do lacre rompido e realizar a conferência conforme FOR.265.CF CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA ADULTO OU FOR.266.CF CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICO;

4.4 Conferir a quantidade e a validade dos medicamentos e materiais e registrar no formulário. Caso haja produto com mais de uma validade, a data de validade mais próxima é a que deverá ser anotada;

4.5 Retirar os medicamentos e materiais com vencimento nos próximos três meses. Nesse caso, cabe a farmácia realizar a substituição dos mesmos para manter a quantidade padronizada no DI.014.CF LISTA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CARRINHO DE EMERGÊNCIA.

4.6 Anotar e informar para o Enfermeiro (a) responsável os itens em falta e a quantidade necessária para a reposição, conforme quantidade padronizada; cabendo a ela a reposição dos mesmos;

4.7 Após conferência o carrinho deverá ser lacrado e o novo número de lacre anotado no formulário de conferência do carrinho;

OBS.: A Farmácia deverá dispensar um novo lacre para a enfermagem sempre que o carrinho for aberto em caso de emergência;

4.9 Após lacrar o carrinho, assinar no campo referente ao responsável pela conferência e solicitar a assinatura do Enfermeiro responsável para a devida concordância do procedimento realizado;

4.10 Levar o formulário de conferência do carrinho para ficar sob guarda da coordenação de farmácia e assinar a planilha de cronograma de conferência do carrinho.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.2 Prancheta;

5.3 Caneta.

6. EPI

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

7.1 Farmacêuticos;

7.2 Auxiliares de Farmácia;

7.3 Técnicos de Farmácia.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1 Mensalmente. Deve-se realizar a conferência na última semana de cada mês.

9. REGISTROS

9.1 FOR.265.CF CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA ADULTO

9.2 FOR.266.CF CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICO

10 AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 N.C.: Não realização da conferência dentro do período estabelecido.

10.1.1 Ação: Realizar a conferência assim que a não conformidade for identificada.

10.2 N.C.: Não retirar os medicamentos com vencimento próximo.

10.2.1 Ação: Identificar o responsável pela conferência e instruí-lo como se deve realizar o procedimento conforme estabelecido no item 4.5.

11 CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Não se aplica.

12 ANEXO

Não se aplica.

13 REFERÊNCIAS

11.1 EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Protocolo Assistencial Multiprofissional: Carro de Emergência – Serviço de Educação em Enfermagem da Divisão de Enfermagem do HC-UFTM. Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais do HCUFTM, Uberaba, 2018. 25p.

11.2 GOMES, André Guanaes et al . Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia - Código Azul - Registro de ressuscitação normatização do carro de emergência.Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 81,supl. 4,p. 3-14, Oct. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-

782X2003001800001&lng=en&nrm=iso>. acesso em 18 Jul. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2003001800001.

5.10. Instrução para o Funcionamento de Serviços

5.10.1. Instrução para o Funcionamento do Serviço Social

O Serviço Social do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA – HERSO** terá como principais atribuições atender, fazer a intermediação e orientar os pacientes e familiares nas problemáticas sociais apresentadas e/ou identificadas. O serviço social também tem como finalidade facilitar aos pacientes seu acesso aos recursos disponíveis da sociedade e necessários para o cuidado e a recuperação de sua saúde.

O Serviço Social do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA – HERSO** priorizará o atendimento daqueles pacientes avaliados com maior risco e/ou vulnerabilidade social. Também considera como critério de inclusão, os pacientes e/ou familiares estarem sendo atendidos pelo Hospital e que buscam diretamente o Serviço Social, bem como encaminhamentos da Equipe Multiprofissional da Unidade e/ou de outros Serviços da Rede de Saúde, Socioassistencial e Sociojurídica.

Não identificado critério de exclusão no atendimento social de pacientes e familiares que estão em atendimento no Hospital, uma vez que, o profissional busca realizar acolhimento e assistência integral ao paciente. No caso de demanda espontânea, que procure a unidade apenas para atendimento do Serviço Social, é realizado o acolhimento e prestadas as orientações a respeito da rede de atenção básica referenciada e ainda das demais políticas públicas.

Conduta Preventiva

As condutas preventivas possíveis de serem realizadas pelo Serviço Social são aquelas voltadas ao monitoramento dos pacientes reincidentes mais graves e/ou complexos a nível social, avaliados pela equipe multiprofissional. O objetivo é incentivar o usuário, seus familiares e a rede de apoio a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Monitorização

Identificar os pacientes reincidentes mais graves tanto no que diz respeito ao seu processo de saúde/doença, quanto à situação social apresentada. As demandas chegarão até o Serviço Social pela própria equipe multiprofissional, ou de acordo com a avaliação do Assistente Social que identifica o nível de vulnerabilidade e risco social, bem como os impactos diretos para o processo de recuperação da saúde. O intuito é realizar uma intervenção conjunta com os serviços de apoio objetivando a vinculação do paciente à rede referenciada. Nesse mesmo diapasão, constata-se que é de fundamental importância que a rede cumpra seu papel, absorvendo as demandas de cuidados que lhes são destinadas, a fim de que não ocorra a sobrecarga da Unidade de Urgência e Emergência 24h, comprometendo a efetividade e resolutividade na linha de cuidado.

RESPONSABILIDADES GERAIS DO ASSISTENTE SOCIAL

- Prestar serviço social orientando os usuários, familiares e comunidades a utilizar os serviços públicos disponíveis e na defesa de seus direitos no exercício da cidadania;
- Acolher o usuário orientando sobre a prevenção e promoção à saúde e direcionando para atendimento em serviços ou rede de assistência;
- Realizar as atividades integradas a equipe assistencial fomentando o espaço de escuta humanizada e fortalecendo o vínculo;
- Orientar o usuário vítima de acidente de trabalho e realizar a notificação via SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação;
- Participar da assistência de usuário vítima de violência doméstica, sexual e ou outras violências interpessoais e notificar os casos ao órgão competente SINAN;
- Prestar assistência e acompanhamento incondicional para ocorrências que envolvam violência e maus Tratos contra crianças, adolescentes, mulher e idosos;
- Realizar articulação com os órgãos competentes de defesa e proteção promovendo ações de prevenção e investigação de possíveis crimes de violência;
- Acolher e orientar o usuário que se encontra em situação de vulnerabilidade social - população de rua, direcionando para os serviços da rede socioassistencial;
- Articular com a rede de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS para o encaminhamento, acolhimento e atendimento, buscando dar suporte à atenção em saúde mental;
- Participar da assistência ao usuário vítima de acidentes referidos ou observados de trânsito, transporte, queda, entre outros e notifica-los para os órgãos competentes;
- Participar durante a assistência ao paciente menor de idade desacompanhado ou acompanhado por outro menor;

- Orientar, articular e propor alternativas nos casos de pacientes gestantes ou puérperas que manifestam o desejo de abandonar o bebê, adolescente com suspeita de gravidez, pacientes resistentes ao tratamento proposto, rotinas de óbitos e casos de desistência e evasão, garantindo ao usuário o livre-arbítrio;
- Monitorar os usuários com vulnerabilidade social - população de rua com quadro suspeito do novo coronavírus, acompanhando e direcionando para isolamento social;
- Divulgar informações sobre recursos e serviços da região, acessos e fluxos de atendimento da rede de atenção integrada à saúde;
- Documentar atendimentos e pareceres mantendo registro em prontuário;
- Avaliar e discutir casos com a equipe multiprofissional, visando o conhecimento amplo do diagnóstico e tratamento proposto;
- Estimular usuário e familiares sobre a necessidade de participar do tratamento e prevenção da saúde;
- Conhecer a região de atuação e seus indicadores de saúde, mantendo contato para encaminhamentos de serviços;
- Manter-se atualizado sobre a Legislação vigente e aplicá-la no exercício da profissão;
- Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes à área de atuação;
- Alinhar-se as decisões institucionais.
- Apoio Psicossocial com o objetivo de desenvolver uma relação de empatia e de apoio de âmbito psicossocial.
- Gestão da doença onde serão criadas estratégias para minimizar as incapacidades derivadas da patologia.
- Orientação, informando aos pacientes e seus familiares das respostas e cuidados que devem prestar em relação às situações e problemas conflitantes.

NORMAS E ROTINAS

A atuação do profissional Assistente Social se dará através de quatro etapas:

I. Acolhimento
II. Organização do plano individual de cuidados
III. Acompanhamento psicossocial
IV. Preparação da continuidade dos cuidados

O Serviço Social no âmbito hospitalar, atuará como uma estrutura de suporte à prestação de cuidados de saúde, onde os assistentes sociais irão interver transversalmente em todas as áreas de prestação de cuidados de saúde:

I. Internação;
II. Ambulatório;
III. Urgência/ Emergência;

O Serviço Social do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** terá abrangência institucional, nas diversas áreas, como:

Ambulatório: No ambulatório serão realizadas as consultas agendadas com os pacientes em acompanhamento social, grupos de usuários e /ou familiares, bem como orientação nas áreas de espera.

Em algumas áreas o Serviço Social irá disponibilizar ambulatórios integrados onde após a consulta o usuário é encaminhado para uma avaliação social e/ou para a participação de grupos.

Enfermarias: Nas enfermarias os Assistentes Sociais atenderão aos usuários e/ou familiares que necessitarem de acompanhamento social.

Área de Abrangência

O Serviço Social irá prestar atendimento a todos os usuários, estejam eles no ambulatório, na urgência/ emergência, em observação, na internação. A orientação em todos estes casos é fundamental para que o usuário siga as orientações dadas no **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA – HERSO** respeitando assim o fluxo de referência e contra referência, nos casos de transferência ou encaminhamento a outras unidades de Saúde, conforme preconizado pela **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

Equipe Mínima e Horário de Funcionamento

A equipe mínima que irá compor o Serviço Social está de acordo com o plano de dimensionamento de pessoal, anexo ao Plano de Trabalho.

O Serviço Social funcionará prioritariamente entre as 07h00 e 19h00, onde os profissionais

serão divididos em escalas de serviço, podendo eventualmente em caso de necessidade, existirem horários definidos fora da faixa mencionada.

NORMAS, ROTINAS E PREMISSAS BÁSICAS PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, INCLUINDO O SERVIÇO SOCIAL:

- Seguir orientações de acesso ao Hospital de acordo com manual vigente;
- Manter a boa imagem da instituição junto à comunidade;
- Ser ético em todas as ações e iniciativas e manter-se sempre atualizado tecnicamente;
- Respeitar as necessidades, os valores, os princípios éticos, morais e as crenças dos colegas de trabalho e dos usuários;
- Manter a discrição sobre fato sigiloso, em razão da sua atividade profissional;
- Garantir a privacidade do paciente durante toda sua internação;
- Garantir comunicação efetiva de forma clara e compreensível conforme protocolo vigente;
- Garantir o conhecimento das informações do quadro clínico;
- Respeitar todas as instâncias superiores de acordo com organograma da unidade e da instituição, fazendo-se cumprir as determinações e seus documentos institucionais;
- Ser cortês com toda a equipe, sabendo dirigir-se ao colega de trabalho de forma coerente, empática, assim como a todos que procuram os serviços do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**
- Acolher cordialmente o paciente e seu acompanhante, fornecendo orientações sobre o funcionamento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**
- Identificar-se ao paciente (nome, função e tempo que irá conduzi-lo), saudá-lo, sendo cordial e empático com as demandas;
- Comparecer ao setor, obedecendo ao horário pré-determinado pela escala, obedecendo às normas referentes à troca de plantões;
- Não utilizar adornos;
- Manter unhas aparadas, higienizadas, não utilizar unhas postiças conforme recomendações do Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (SCIH);
- Sinalizar ao SCIH o aparecimento de doenças infectocontagiosas e de doenças de notificação compulsória, para que sejam tomadas as medidas cabíveis e realizar a notificação;
- Manter a unidade sempre em ordem e garantir a devida higienização;
- Usar devidamente os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), conforme descrito na NR – 32;

- Realizar os exames periódicos, conforme determinações do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), assim como manter esquema vacinal em dias;
- Participar diretamente dos processos de Gerenciamento de Riscos na Unidade, treinamentos e/ ou reuniões organizadas pelo **Hospital Regional Público de Ourilândia do Norte (HERSO,** conforme escala;
- Cumprir e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PRGSS);
- Zelar pelos equipamentos e materiais da unidade, evitando desperdícios e danos ao patrimônio;
- Cumprir os horários de repouso estabelecidos, de acordo com as normas da CLT.

Assistente Social

- Verificar livro de ocorrência do Serviço Social e planilhas em drive de pendências para conferir se houve registros no plantão anterior e dar seguimento para resolução e/ou acompanhamento destas durante todo o plantão;
- Verificar no Sistema as admissões e saídas dos pacientes de cada unidade de internação para realizar avaliação social, pesquisa de satisfação, acompanhamento social e outras intervenções necessárias;
- Realizar visitas diárias aos pacientes internados, para verificar necessidade de novas intervenções do Serviço Social e reforçar as orientações sobre as normas e rotinas da instituição;
- Prestar orientações aos pacientes e familiares quanto aos direitos sociais, trabalhistas e/ou previdenciários;
- Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
- Discutir com os familiares sobre a necessidade de apoio na recuperação da saúde do paciente;
- Efetivar o acompanhamento familiar de pacientes respaldados pela legislação e analisar com a equipe assistencial aqueles que apresentarem necessidades de acompanhante;
- Identificar problemas de adaptação quanto à rotina hospitalar e oferecer maiores esclarecimentos, quando necessário;
- Estimular a doação de sangue ou hemoderivados com os familiares e/ou grupos de referência do paciente;
- Realizar encaminhamentos à rede de saúde e/ou socioassistencial durante o acompanhamento ou na alta hospitalar aos pacientes das unidades de internação;

- Compor equipe multiprofissional e participar efetivamente das reuniões do time de liderança e visitas/reuniões/rounds multiprofissionais, discutindo com a equipe sobre a problemática do paciente, interpretando a situação social do mesmo, resguardando as informações sigilosas;
- Acompanhar as saídas hospitalares para:
- Aplicar questionário da pesquisa de satisfação, se necessário;
- Contactar familiares ou pessoa de referência do paciente para comunicar a alta hospitalar, quando necessário;
- Contactar o responsável, para solicitar transporte, quando necessário;
- Fornecer Termo de Responsabilidade para alta a pedido e realizar as orientações necessárias ao paciente e/ou responsável, após esclarecimentos do médico assistente sobre os riscos de o paciente interromper o tratamento hospitalar;
- Realizar atendimentos aos pacientes em situação de vulnerabilidade e/ou risco sociais, preencher Ficha de Notificação Interpessoal/Autoprovocada para os casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, e encaminhar aos órgãos competentes;
- Realizar grupos ou reuniões com pacientes, acompanhantes e/ou familiares, possibilitando espaços de informação e reflexão, fortalecendo-os para o acesso à saúde como direito;
- Intervir junto aos conflitos emergentes referentes à convivência entre acompanhantes, pacientes e equipe assistencial, no interior das dependências hospitalar, definindo condutas de resolução junto com os envolvidos;
- Registrar os atendimentos sociais no prontuário físico e eletrônico, com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas.

5.10.2. Instrução para o Funcionamento da Fisioterapia

A fisioterapia é uma área da Equipe Multiprofissional que atua no atendimento a pacientes sob cuidados do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** visando a promoção da reabilitação física e funcional dos mesmos.

Para o funcionamento adequado desse serviço, propomos:

A Equipe Multiprofissional, incluindo a Fisioterapia, tem por objetivo:

I. Trabalhar de forma de forma integrada;
II. Estabelecer comunicação eficaz para troca de informações;

III. Cooperar na inter-relação e integração das diferentes áreas e profissionais;

IV. Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;

V. Assistir o paciente integralmente, visando atender a pessoa como um todo;

VI. Executar a linha de cuidados com atenção voltada ao cliente, considerando as suas limitações e necessidades de estadia, locomoção, repouso e conforto;

VII. Estimular e promover o trabalho atendendo aos conceitos de multi., inter. e transdisciplinaridade;

VIII. Desenvolver programas humanizados de atendimento;

IX. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes;

X. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde.

NORMAS, ROTINAS E PREMISSAS BÁSICAS PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, INCLUINDO A FISIOTERAPIA:

- Seguir orientações de acesso ao Hospital de acordo com manual vigente;
- Manter a boa imagem da instituição junto à comunidade;
- Ser ético em todas as ações e iniciativas e manter-se sempre atualizado tecnicamente;
- Respeitar as necessidades, os valores, os princípios éticos, morais e as crenças dos colegas de trabalho e dos usuários;
- Manter a discrição sobre fato sigiloso, em razão da sua atividade profissional;
- Garantir a privacidade do paciente durante toda sua internação;
- Garantir comunicação efetiva de forma clara e compreensível conforme protocolo vigente;
- Garantir o conhecimento das informações do quadro clínico;
- Respeitar todas as instâncias superiores de acordo com organograma da unidade e da instituição, fazendo-se cumprir as determinações e seus documentos institucionais;
- Ser cortês com toda a equipe, sabendo dirigir-se ao colega de trabalho de forma coerente, empática, assim como a todos que procuram os serviços do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**
- Acolher cordialmente o paciente e seu acompanhante, fornecendo orientações sobre o funcionamento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**
- Identificar-se ao paciente (nome, função e tempo que irá conduzi-lo), saudá-lo, sendo cordial e empático com as demandas;

- Comparecer ao setor, obedecendo ao horário pré-determinado pela escala, obedecendo às normas referentes à troca de plantões;
- Não utilizar adornos;
- Manter unhas aparadas, higienizadas, não utilizar unhas postiças conforme recomendações do Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (SCIH);
- Sinalizar ao SCIH o aparecimento de doenças infectocontagiosas e de doenças de notificação compulsória, para que sejam tomadas as medidas cabíveis e realizar a notificação;
- Manter a unidade sempre em ordem e garantir a devida higienização;
- Usar devidamente os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), conforme descrito na NR – 32;
- Realizar os exames periódicos, conforme determinações do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), assim como manter esquema vacinal em dias;
- Participar diretamente dos processos de Gerenciamento de Riscos na Unidade, treinamentos e/ ou reuniões organizadas pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA – HERSO** conforme escala;
- Cumprir e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PRGSS);
- Zelar pelos equipamentos e materiais da unidade, evitando desperdícios e danos ao patrimônio;
- Cumprir os horários de repouso estabelecidos, de acordo com as normas da CLT.

Orientações:

Equipe multiprofissional : É importante que a equipe de fisioterapia atue em conjunto com outros profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, para garantir uma abordagem integrada e eficaz ao paciente.

Avaliação inicial: Antes de iniciar qualquer tratamento, é importante que o paciente seja avaliado pela equipe de fisioterapia, para que sejam identificadas as necessidades e objetivos específicos de cada caso.

Definição do plano de tratamento: Com base na avaliação inicial, a equipe de fisioterapia deve elaborar um plano de tratamento individualizado para cada paciente, considerando seus objetivos, limitações e condições clínicas.

Acompanhamento contínuo: O tratamento fisioterapêutico deve ser acompanhado de perto pela equipe, para que possam ser feitos ajustes no plano de tratamento e identificadas possíveis complicações.

Tratamento integrado: A fisioterapia hospitalar deve ser integrada com outros tratamentos e procedimentos médicos, visando a uma abordagem completa e eficaz ao paciente.

Utilização de recursos adequados: Para o tratamento fisioterapêutico, devem ser utilizados recursos adequados e disponíveis no hospital, como aparelhos de fisioterapia, equipamentos de reabilitação e materiais de auxílio à mobilidade.

Educação e orientação: A equipe de fisioterapia deve oferecer orientações e educação ao paciente e seus familiares, visando a uma maior adesão ao tratamento e prevenção de possíveis complicações.

Registro e documentação: Todo o tratamento fisioterapêutico deve ser registrado e documentado, para que possa ser acompanhado de forma adequada e utilizados para futuras referências.

Atividades específicas da Fisioterapia:

- Ao iniciar plantão matutino analisar a ocorrência de Fisioterapia do dia anterior a fim de averiguar intercorrências gerais;
- Analisar criticamente as intercorrências iniciais de urgência ao assumir o plantão, implementando ações imediatas;
- Participar e auxiliar a equipe na parada cardiorrespiratória, intubação e traqueostomia;
- Verificar junto ao enfermeiro plantonista sobre agendamento de transporte de paciente crítico para realizar exames de acordo com protocolo de transporte seguro;
- Realizar avaliação Fisioterapêutica em até 24 horas da admissão ou prescrição de Fisioterapia;
- Identificar-se ao paciente (nome, função e tempo que irá conduzi-lo), saudá-lo, sendo cordial e empático com todas suas demandas;
- Verificar no sistema do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** se há prescrição para fisioterapia de pacientes admitidos recentemente;

- Verificar de imediato junto ao enfermeiro plantonista sobre coleta de aspirado traqueal e prosseguir com a coleta assim que assumir o plantão, sempre registrando na ocorrência de Fisioterapia e prontuário do paciente sobre a coleta;
- Registrar ocorrência de Fisioterapia e prontuário os casos de insucesso na coleta de amostra para aspirado traqueal mesmo após tentativas de coleta descritas no memorando Nº 8/2018;
- Preceder ao atendimento a análise das gasometrias, exames de imagem e outros exames complementares dos pacientes no referido setor precedente ao atendimento. Assim como realizar os cálculos necessários para ajuste de ventilação (PaO2 ideal, FR ideal, FiO2 ideal, etc);
- Realizar plano terapêutico de acordo com as informações coletadas nos exames e avaliação inicial, buscando levar em consideração as indicações e contraindicações;
- Priorizar atendimentos dos pacientes mais críticos para os menos críticos, assim como realizar os atendimentos de acordo com a necessidade de cada paciente (motora/respiratória);
- Nas primeiras 24 horas de admissão do paciente em janela de tempo para tratamento trombolítico (< 4,5h do início dos sintomas) realizar atendimento prioritário quanto a fisioterapia respiratória de acordo com necessidade clínica do paciente e aspiração de vias aéreas superiores se necessário;
- Após 24 horas de trombólise prosseguir com avaliação fisioterapêutica do paciente, realizar atendimento de Fisioterapia respiratória e motora de acordo com a clínica do paciente;
- No caso de paciente fora da janela realizar atendimento de fisioterapia motora e respiratória de acordo com a necessidade clínica do paciente;
- Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, mobilização precoce, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- Avaliar e monitorar a instituição do suporte de ventilação não invasiva;
- Aspiração traqueal será realizada pelo fisioterapeuta, quando este a considerar necessária, imediatamente após a realização de sua conduta fisioterapêutica, mas que deve ser priorizada como técnica comum a todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente, não sendo atribuição exclusiva do Fisioterapeuta;
- Aplicar o protocolo de mobilização precoce sempre que possível a fim de otimizar a funcionalidade do paciente;
- Realizar transporte de paciente crítico para realizar exames e transferências internas de acordo com protocolo de transporte seguro. Nos casos de transferência interna será recomendado repassar um resumo clínico do paciente para colega do setor na qual paciente será transferido;

- Avaliar diariamente os pacientes aptos para realizar TRE (Teste de Respiração Espontânea) ou desmame da ventilação mecânica mediante os seguintes critérios obrigatórios:
  - Resolução da causa da insuficiência respiratória;
  - Índice de Oxigenação (PaO2/FiO2) ≥ 150 mmhg ou SATO2 ≥ 90% com FiO2 ≤ 40% e PEEP ≤ 5 cmH2O; pH ≥ 7,25;
  - Estabilidade hemodinâmica (ausência ou mínima dose de droga vasoativa, de preferência, em desmame);
  - Capacidade de iniciar esforços inspiratórios;
- *Critérios adicionais: Hb ≥ 8 a 10 mg/dL, Temperatura ≤ 38 a 38,5 ºC e alertar ou despertar com facilidade;
- Avaliar diariamente os pacientes aptos para realizar desmame da ventilação mecânica prolongada seguindo o protocolo da Instituição;
- Avaliar diariamente os pacientes aptos para decanulação seguindo o protocolo da Instituição;
- Avaliar e realizar a titulação da oxigenoterapia quando necessário;
- Avaliar diariamente os pacientes aptos para desmame de oxigenioterapia;
- Averiguar registros na ocorrência de Fisioterapia e encaminhar, caso necessário, a demanda administrativa para coordenação de Fisioterapia;
- Participar ativamente do planejamento da assistência de Fisioterapia e da formulação de planos de ações na busca de qualificar o serviço;
- Garantir a continuidade do Plano Terapêutico do paciente;
- Participar ativamente da visita multiprofissional com plano terapêutico gerencial do dia e pontuando condutas primordiais de cada paciente, assim como participar da reunião do time de liderança do setor;
- Realizar orientações diárias para equipe de enfermagem no tocante a oxigenioterapia, ventilação mecânica, protocolo de desmame e extubação, assim como a retirada do paciente da ventilação mecânica prolongada e desmame de traqueóstomo seguindo os protocolos institucionais;
- 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;
- Preencher rotineiramente as fichas de Fisioterapia (Ficha de ventilação mecânica e protocolo de mobilização precoce) nos prontuários dos pacientes, assim como registrar na evolução conduta realizada no atendimento de cada paciente e as intercorrências;
- Verificar pressão do cuff e preencher check-list de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica nos turnos da manhã e tarde;

- Realizar avaliação de admissão de cada paciente admitido no setor e preencher ficha de Admissão Fisioterapêutica;
- Preencher e manter atualizado o sistema de drive da Fisioterapia: ocorrência de Fisioterapia, Protocolo de mobilização precoce, registro diário de ventilação mecânica e produtividade;
- Prescrever alta da Fisioterapia mediante avaliação criteriosa da condição cinético-funcional e pneumofuncional do paciente;
- Emitir relatório de alta para os pacientes que necessitem de assistência Fisioterápica pós-alta hospitalar;
- Durante o plantão matutino de 6h será realizado a passagem de plantão do Fisioterapeuta da manhã para colega da tarde repassando todas as informações pertinentes de cada paciente, registrando a passagem de plantão em ocorrência de Fisioterapia. No caso do plantão vespertino o Fisioterapeuta realizará passagem de plantão para equipe de enfermagem noturna repassando as informações pertinentes de cada paciente;
- Realizar checagem do ventilador mecânico durante montagem do leito para admissão e se possível trocar os circuitos de ventiladores mecânicos quando necessário;
- Reforçar a musculatura do assoalho pélvico (MAP) a fim de diminuir a necessidade da episiotomia e a ocorrência de lacerações perineais (Programa Períneo Saudável – Preparação para o parto com a Fisioterapia), assim como prevenir disfunções geniturinárias decorrentes da gestação;
- Prevenir ou tratar algias e outras disfunções físico-funcionais decorrentes ou agravadas pelo estado gestacional;
- Otimizar a participação da paciente e de seu acompanhante durante as diferentes fases do trabalho de parto;
- Incentivar e otimizar o aleitamento materno e sensibilizar o vínculo da mãe e/ou do casal com o bebê.
- Seguir os protocolos institucionais e zelar para seu fiel cumprimento.

5.10.3. Instrução para o Funcionamento da Farmácia

A Farmácia Hospitalar é responsável pelo gerenciamento e dispensação dos medicamentos utilizados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** sendo fundamental para a segurança e eficácia do tratamento dos pacientes.

Para o funcionamento adequado desse serviço, propomos:

A Equipe Multiprofissional, incluindo a Farmácia, tem por objetivo:

I. Trabalhar de forma de forma integrada;
II. Estabelecer comunicação eficaz para troca de informações;
III. Cooperar na inter-relação e integração das diferentes áreas e profissionais;
IV. Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;
V. Assistir o paciente integralmente, visando atender a pessoa como um todo;
VI. Executar a linha de cuidados com atenção voltada ao cliente, considerando as suas limitações e necessidades de estadia, locomoção, repouso e conforto;
VII. Estimular e promover o trabalho atendendo aos conceitos de multi., inter. e transdisciplinaridade;
VIII. Desenvolver programas humanizados de atendimento;
X. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes;
XI. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde.

NORMAS, ROTINAS E PREMISSAS BÁSICAS PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, INCLUINDO A FARMÁCIA:

- Seguir orientações de acesso ao Hospital de acordo com manual vigente;
- Manter a boa imagem da instituição junto à comunidade;
- Ser ético em todas as ações e iniciativas e manter-se sempre atualizado tecnicamente;
- Respeitar as necessidades, os valores, os princípios éticos, morais e as crenças dos colegas de trabalho e dos usuários;
- Manter a discrição sobre fato sigiloso, em razão da sua atividade profissional;
- Garantir a privacidade do paciente durante toda sua internação;
- Garantir comunicação efetiva de forma clara e compreensível conforme protocolo vigente;
- Garantir o conhecimento das informações do quadro clínico;
- Respeitar todas as instâncias superiores de acordo com organograma da unidade e da instituição, fazendo-se cumprir as determinações e seus documentos institucionais;
- Ser cortês com toda a equipe, sabendo dirigir-se ao colega de trabalho de forma coerente, empática, assim como a todos que procuram os serviços do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

- Acolher cordialmente o paciente e seu acompanhante, fornecendo orientações sobre o funcionamento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**
- Identificar-se ao paciente (nome, função e tempo que irá conduzi-lo), saudá-lo, sendo cordial e empático com as demandas;
- Comparecer ao setor, obedecendo ao horário pré-determinado pela escala, obedecendo às normas referentes à troca de plantões;
- Não utilizar adornos;
- Manter unhas aparadas, higienizadas, não utilizar unhas postiças conforme recomendações do Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (SCIH);
- Sinalizar ao SCIH o aparecimento de doenças infectocontagiosas e de doenças de notificação compulsória, para que sejam tomadas as medidas cabíveis e realizar a notificação;
- Manter a unidade sempre em ordem e garantir a devida higienização;
- Usar devidamente os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), conforme descrito na NR – 32;
- Realizar os exames periódicos, conforme determinações do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), assim como manter esquema vacinal em dias;
- Participar diretamente dos processos de Gerenciamento de Riscos na Unidade, treinamentos e/ ou reuniões organizadas pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** conforme escala;
- Cumprir e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PRGSS);
- Zelar pelos equipamentos e materiais da unidade, evitando desperdícios e danos ao patrimônio;
- Cumprir os horários de repouso estabelecidos, de acordo com as normas da CLT.

Orientações:

Equipe multiprofissional : A farmácia hospitalar deve contar com uma equipe multiprofissional , composta por farmacêuticos, técnicos em farmácia e outros profissionais da saúde, para garantir uma abordagem integrada e eficaz ao paciente.

Gestão de estoque: É importante que a farmácia hospitalar mantenha um controle rigoroso sobre o estoque de medicamentos, visando a evitar desperdícios e garantir a disponibilidade dos medicamentos necessários para os pacientes.

Armazenamento adequado: Os medicamentos devem ser armazenados em condições adequadas de temperatura, umidade e iluminação, para garantir a integridade e eficácia dos mesmos.

Identificação dos medicamentos: Os medicamentos devem ser identificados de forma clara e legível, com informações como nome do medicamento, dosagem, validade e número do lote.

Preparo e dispensação dos medicamentos: A dispensação dos medicamentos deve ser realizada por profissionais habilitados, seguindo procedimentos padronizados e garantindo a segurança e eficácia do tratamento.

Controle de qualidade: É importante que a farmácia hospitalar realize testes de qualidade nos medicamentos, como análises microbiológicas e físico-químicas, para garantir a eficácia e segurança dos mesmos.

Educação e orientação: A equipe da farmácia hospitalar deve oferecer orientações e educação aos pacientes e seus familiares, visando a uma maior adesão ao tratamento e prevenção de possíveis complicações.

Registro e documentação: Todo o processo de gestão e dispensação de medicamentos deve ser registrado e documentado, para que possa ser acompanhado de forma adequada e utilizados para futuras referências.

Atividades especificas do Farmacêutico:

- Ao iniciar plantão analisar a ocorrência do eixo do dia anterior a fim de averiguar intercorrências gerais;
- Verificar prescrições pendentes do dia anterior e proceder análise;
- Preencher drive da unidade com as prescrições não analisadas conforme categorização e informar número do prontuário;
- Verificar pacientes admitidos na unidade conforme critério de conciliação;
- Preencher drive da unidade com o mês, data, nome completo do paciente e número do prontuário;
- Realizar conciliação medicamentosa dos pacientes admitidos;
- Comunicar e intervir com o prescritor discrepâncias não intencionais;
- Registrar no drive da unidade o processo de conciliação, conforme categorização;

- Realizar escore de acompanhamento farmacoterapêutico, de acordo com os critérios estabelecidos analisando com a prescrição completa, e proceder registro no drive da unidade;
- Realizar análise técnica das prescrições emitidas (completas e admissão), conforme critérios estabelecidos;
- Registrar e sinalizar intervenções farmacêuticas, quando identificado problema relacionado ao medicamento, no sistema e formulário próprio;
- Identificar, sinalizar e registrar interações medicamentosas (medicamento- medicamento e medicamento- alimento);
- Realizar abordagem com a equipe multiprofissional a fim de evitar problemas relacionados a medicamentos;
- Proceder orientação de alta farmacêutica, verificando conformidade de receituário, dose, posologia e tempo de tratamento;
- Comparar tratamento prescrito para alta com os medicamentos de uso prévio domiciliar, e se necessário intervir junto ao prescritor.;
- Orientar paciente e/ou acompanhante quanto ao uso correto dos medicamentos prescritos e formas de acesso ao tratamento;
- Registrar orientação de alta, avaliação de continuidade do tratamento prévio domiciliar e outros medicamentos prescritos na alta no formulário de conciliação medicamentosa;
- Devolver medicamento próprio do paciente, no momento da alta;
- Registrar no drive da unidade o mês e categorização de alta;
- Realizar a acompanhamento farmacoterapêutico, conforme critérios estabelecidos.
- Ao iniciar plantão analisar a ocorrência do eixo do dia anterior a fim de averiguar intercorrências gerais;
- Realizar a avaliação dos registros de ocorrência da Central de Produção e Distribuição;
- Realizar a supervisão do cumprimento das rotinas da Central de Produção e Distribuição;
- Proceder auditoria dos medicamentos devolvidos conforme critério;
- Verificar as prescrições emitidas (completas e admissão) pendentes, conforme critérios estabelecidos e proceder análise como atividade prioritária antes da dispensação;
- Preencher drive da unidade com as prescrições não analisadas conforme categorização e informar número do prontuário;
- Registrar e sinalizar intervenções farmacêuticas, quando identificado problema relacionado ao medicamento, no sistema e formulário próprio;
- Acompanhar o desfecho das intervenções realizadas e realizar o registro;
- Proceder a supervisão da organização, limpeza, boas práticas de armazenamento da Central de Produção e Distribuição;
- Supervisionar a organização do serviço e arquivamento dos documentos;

- Proceder rotina de controle de validade, conforme cronograma;
- Realizar supervisão e monitoramentos das auditorias de separação e dispensação;
- Acompanhar a dispensação dos medicamentos próprios do paciente;
- Verificar os itens com ruptura de estoque e proceder interação com a Central de Abastecimento Farmacêutico e Farmácia Clínica para manejo da ruptura;
- Realizar os treinamentos mensais conforme cronograma;
- Quantificar e discutir indicadores do serviço;
- Discutir dados junto a coordenação de enfermagem e coordenação médica da unidade, a fim de elaborar planos de ação;
- Notificar no sistema de eventos, os problemas relacionados a medicamentos classificados como eventos realizados a dispensação de insumos;
- Participar e colaborar com as atividades de ensino, pesquisa e extensão;
- Registrar em formulário de ocorrência do eixo as pendências;
- Realizar passagem de plantão sinalizando principais pendências ao farmacêutico do turno posterior.

5.10.4. Apresentação de Norma para Padronização de Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** promove qualidade à sua assistência e dedica esforços à padronização de seus processos, documentos e materiais e medicamentos.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** em observância a especialidade do serviço do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e com base no Protocolo de Padronização de Medicamentos e Materiais adotado pelo Instituto, apresenta abaixo uma lista inicial de padronização.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** durante a gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** seguirá as normas e diretrizes da **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** garantindo a compra e o fornecimento conforme a tabela de Próteses, Órteses, Medicamentos, e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com Portaria n° 1032 de 05 de maio de 2010 e o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP; quando demandado judicial e/ou administrativamente.

Esta lista de padronização abaixo poderá ser modificada no decorrer da implantação e implementação do Projeto do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** conforme a necessidade da unidade por meio da Comissão de Farmácia Terapêutica, conforme previsto neste Projeto Técnico.

OBJETIVO

A padronização de materiais e medicamentos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** tem o objetivo de racionalizar do uso de medicamentos, adquirir somente de produtos com valor terapêutico comprovado, diminuir o número de medicamentos em estoque, aumentar seu controle e agilizar a dispensação, racionalizar espaços de armazenamento e viabilizar a distribuição pelo sistema de Dose Unitária.

A lista de medicamentos padronizados tem embasamento no RENAME 2022 e será sintonizada com os protocolos assistenciais da unidade.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 3.435, de 8 de dezembro de 2021, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

A RENAME 2022 cumpre a Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021, que apresenta a composição desta Relação de acordo com as responsabilidades de financiamento da assistência farmacêutica entre os entes (União, estados e municípios), proporcionando transparência nas informações sobre o acesso aos medicamentos do SUS. Além disso, a RENAME foi elaborada a partir das definições do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e estruturada de acordo com a Resolução MS/GM/CIT nº 25, de 31 de agosto de 2017.

A RENAME contempla os medicamentos e insumos disponibilizados no SUS, além de determinados medicamentos de uso hospitalar e outros insumos para saúde. Uma importante inovação desta edição refere-se à adoção da classificação "AWaRe" em relação aos medicamentos antimicrobianos. Tal classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) visa contribuir para a redução do desenvolvimento de bactérias resistentes a estes medicamentos e está alinhada ao Plano de Ação Global da OMS sobre a resistência antimicrobiana.

As listas de medicamentos e materiais serão organizadas por ordem alfabética para facilitar as consultas e sempre pela denominação genérica. O padrão atual pode ser modificado

com solicitações de inclusões ou exclusões para a comissão de Farmácia Terapêutica, através de documento próprio e conforme regras regimentais da Comissão.

APLICABILIDADE

Este documento aplica-se no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** em todos os setores assistenciais em que acontece dispensação, guarda, aplicação e uso de materiais e medicamentos.

DEFINIÇÕES E SIGLÁRIO

- **RENAME:** Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
- **MG:** miligrama
- **ML:** mililitro
- **MCG:** micrograma

LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS

- ✓ ACEBROFILINA 10 MG/ML 120 ML
- ✓ ACETILCISTEÍNA 100 MG/ML 3 ML
- ✓ ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG
- ✓ ÁCIDO FÓLICO 5 MG
- ✓ ÁCIDO TRANEXÂMICO 50 MG/ML 5 ML
- ✓ ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS 200 ML
- ✓ ADENOSINA 3 MG/ML 2 ML
- ✓ ÁGUA DESTILADA 10 ML
- ✓ ALBENDAZOL 400 MG
- ✓ ALBUMINA HUMANA 20% - 200 MG/ML 100 ML
- ✓ AMBROXOL 15 MG/5ML 120 ML
- ✓ AMICACINA 250 MG/ML 2 ML
- ✓ AMINOFILINA 24 MG/ML 10 ML
- ✓ AMIODARONA 50 MG/ML 3 ML
- ✓ AMITRIPTILINA 25 MG
- ✓ AMOXILINA 250MG/5ML PÓ P/SUSP ORAL
- ✓ AMPICILINA 1 GRAMA
- ✓ ANLODIPINO 10 MG
- ✓ ATENOLOL 50 MG

- ✓ ATROPINA 0,25 MG/ML 1 ML
- ✓ AZITROMICINA 500 MG
- ✓ BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI 4 ML
- ✓ BENZILPENICILINA G POTÁSSICA CRISTALINA 5.000.000 UI 4 ML
- ✓ BESILATO ATRACÚRIO 10 MG/ML 5 ML
- ✓ BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10 ML
- ✓ BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA 20 MG/ML 1 ML
- ✓ BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML
- ✓ CAPTOPRIL 25 MG
- ✓ CARBAMAZEPINA 200 MG
- ✓ CARVEDILOL 12,5 MG
- ✓ CEFALOTINA 1 GRAMA
- ✓ CEFAZOLINA 1 G
- ✓ CEFEPIMA 1 GRAMA
- ✓ CEFTRIAXONA 1 GRAMA
- ✓ CETAMINA 50 MG/ML 10 ML
- ✓ CETOCONAZOL 200 MG
- ✓ CINARIZINA 75 MG
- ✓ CIPROFLOXACINO 2 MG/ML 100 ML
- ✓ CITALOPRAM 20 MG
- ✓ CLARITROMICINA 500 MG
- ✓ CLONAZEPAN 2,5 MG/ML 20 ML
- ✓ CLONIDINA 150 mcg/ML 1 ML
- ✓ CLORETO DE POTÁSSIO 100 MG/ML 10% 10 ML
- ✓ CLORETO DE POTÁSSIO 191 MG/ML 19,1% 10 ML
- ✓ CLORETO DE SÓDIO 20% 10 ML
- ✓ CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA + EPINEFRINA 0,5% - 1,8 ML
- ✓ CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA 0,50% + GLICOSE ANIDRA (PESADA) 8% - 4 ML
- ✓ CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA 5 MG/ML 0,5% 20 ML
- ✓ CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 5% + GLICOSE ANIDRA (PESADA) 7,5 MG/ML - 2 ML
- ✓ CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA SEM VASOCONTRICTOR 20 MG/ML 2% - 20 ML
- ✓ COMPLEXO B 2,5 MG/ML 2 ML
- ✓ DESLANOSÍDEO 0.2 MG/ML 2 ML
- ✓ DEXAMETASONA 10G 0,1 % - CREME
- ✓ DEXAMETASONA 4 MG/ML - 2,5 ML
- ✓ DEXCLORFENIRAMINA 2MG/ML 5 ML
- ✓ DIAZEPAM 10 MG

- ✓ DIAZEPAM 5 MG/ML - 2 ML
- ✓ DICLOFENACO (SÓDICO) 25 MG/ML 3 ML
- ✓ DIFENIDRAMINA, CLORIDRATO 50MG/ML SOL INJ 1ML
- ✓ DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA (DRAMIM B6) 50 MG/ML 1 ML
- ✓ SIMETICONA 40 MG
- ✓ DIPIRONA (GOTAS) 500 MG/ML 20 ML
- ✓ DIPIRONA (SÓDICA) 500 MG
- ✓ DIPIRONA 500 MG/ML 2 ML
- ✓ DOBUTAMINA 12.5 MG/ML 20 ML
- ✓ DOPAMINA 5 MG/ML 10 ML
- ✓ DRAMIM B6 50 MG
- ✓ DROPERIDOL + FENTANILA (CITRATO) 2,5 MG/ML + 0,0785 MG/ML - 5 ML
- ✓ EFEDRINA 50 MG/ML 1 ML
- ✓ ENALAPRIL (MALEATO) 10 MG
- ✓ ENOXAPARINA 20 MG 0,2 ML
- ✓ ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/ML 0,4 ML
- ✓ EPINEFRINA 1 MG/ML 1 ML
- ✓ ERITROMICINA 1000MG
- ✓ ESCINA+SALICILATODIETILAMONIO 10 MG/G + 50 MG/G (REPARIL)
- ✓ ESCOPOLAMINA + DIPIRONA 4 MG + 500 MG/ML 5 ML
- ✓ ESPIROLACTONA 50MG
- ✓ ESPIRONOLACTONA 25 MG
- ✓ ETILEFRINA 10 MG/ML 1 ML
- ✓ ETOMIDATO 2 MG/ML 10 ML
- ✓ FENITOÍNA 50 MG/ML 5 ML
- ✓ FENITOÍNA 100 MG
- ✓ FENOBARBITAL 100 MG
- ✓ FENOBARBITAL 100 MG/ML - 2 ML
- ✓ FENOBARBITAL 40 MG/ML -20 ML
- ✓ FENOTEROL 5 MG/ML 20 ML
- ✓ FENTANILA 0,05 MG/ML - 2 ML
- ✓ FENTANILA 0,05 MG/ML 10 ML
- ✓ FENTANILA+DROPERIDOL 0,0785+2,5 MG/ML - 2 ML
- ✓ FITOMENADIONA 10 MG/ML - 1 ML IM/SC (VITAMINA K)
- ✓ FLUCONAZOL 150 MG
- ✓ FLUCONAZOL 2 MG EV 100 ML
- ✓ FLUMAZENIL 0,1 MG/ML 5 ML

- ✓ FRAÇÃO FOSFOLÍPIDICA DE PULMÃO PORCINO (SURFACTANTE PULMONAR) 80 MG/ML 1.5 ML
- ✓ FUROSEMIDA 10 MG/ML - 2 ML
- ✓ FUROSEMIDA 40 MG
- ✓ GENTAMICINA 40 MG/ML - 1 ML
- ✓ GLIBENCLAMIDA 5 MG
- ✓ GLICERINA 12% - 100 ML
- ✓ GLICOSE 25 % - 10 ML
- ✓ GLICOSE 50 % - 10 ML
- ✓ GLUCONATO CÁLCIO 10% - 10 ML
- ✓ HALOPERIDOL 5 MG
- ✓ HALOPERIDOL 5 MG/ML - 1 ML
- ✓ HEPARINA 5.000 UI/ML - 5 ML
- ✓ HIDRALAZINA 20MG/ML 1 ML
- ✓ HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG
- ✓ HIDROCORTISONA 100 MG/ML
- ✓ HIDROCORTISONA 500 MG/ML
- ✓ HIDRÓXIDO DE ALUMINIO 60 MG/ML 240 ML
- ✓ HIDRÓXIDO DE FERRO III (SACARATO) (I.V.) 20 MG/ML 5 ML
- ✓ IBUPROFENO 50 MG/ML 30 ML
- ✓ IBUPROFENO 600MG
- ✓ IMUNOGLOBULINA ANTI-RHO(D) MCG SOL INJ 300 MCG 2 ML
- ✓ IMUNOGLOBULINA ANTITETÂNICA 250 U.I./ML 1 ML
- ✓ IMUNOGLOBULINA HUMANA ENDOVENOSA ANTI-RH (D) 300 MCG/ML 2 ML
- ✓ INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML 10 ML
- ✓ INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML SOL INJ 10ML
- ✓ IPRATRÓPIO 0.25 MG/ML - 20 ML
- ✓ LACTULOSE 667 MG/ML - 100 ML
- ✓ LEVOFLOXACINO 5 MG/ML - 100 ML
- ✓ LIDOCAINA 2% SEM VASO, AMPOLA 5 ML
- ✓ LIDOCAÍNA COM VASO 20 MG/ML 2% - 20 ML
- ✓ LIDOCAÍNA GELEIA 2% - 30 GRAMA
- ✓ LOSARTANA POTÁSSICA 50 MG
- ✓ MANITOL 20% - 250 ML
- ✓ METFORMINA 850 MG
- ✓ METILDOPA 250 MG
- ✓ METILDOPA 500 MG

- ✓ METILERGOMETRINA 0,2 MG/ML 2 ML
- ✓ METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML 2 ML
- ✓ METRONIDAZOL 5 MG/ML 100 ML
- ✓ MIDAZOLAM 5MG/ML SOL INJ 3ML
- ✓ MIDAZOLAN 1 MG/ML 5 ML
- ✓ MISOPROSTOL 100 MCG
- ✓ MISOPROSTOL 25 MCG
- ✓ MISOPROSTOL 200 MCG
- ✓ MORFINA 0,2 MG/ML 1ML
- ✓ MORFINA 1 MG/ML 2ML
- ✓ MORFINA 10 MG/ML 1 ML
- ✓ NALOXONA 0,4 MG/ML 1 ML
- ✓ NEOMICINA + BACITRACIN 10 MG/G + 250 UI/G -50G
- ✓ NIFEDIPINO 20 MG
- ✓ NIMESULIDA 50 MG/ML 15 ML
- ✓ NISTATINA 60 GRAMA
- ✓ NISTATINA 100.000 UI/ML 50 ML
- ✓ NISTATINA+OXIDO DE ZINCO 200 MG + 100.000 UI/G
- ✓ NOREPINEFRINA 2 MG/ML 4 ML
- ✓ OCITOCINA 5 UI/ML 1 ML
- ✓ ÓLEO MINERAL 100 ML 100 ML
- ✓ OMEPRAZOL 20 MG
- ✓ OMEPRAZOL 40 MG/ML 10 ML
- ✓ ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML
- ✓ OXACILINA 500 MG
- ✓ OXIDO ZINCO+VIT.A + VIT.D + ASSOCIAÇÕES 5.000 U.I. VIT. A e 900 U.I. de vit. D + 100MG Ác. Bórico + 20MG Óx. Zn
- ✓ PANCURÔNIO 2 MG/ML 2 ML
- ✓ PAPAINA SEM NECESSIDADE DE REFRIGERAÇÃO 6% - GEL
- ✓ PARACETAMOL 200 MG/ML 15 ML
- ✓ PARACETAMOL 750 MG
- ✓ PREDNISONA 20 MG
- ✓ PROMETAZINA 25 MG
- ✓ PROMETAZINA 25 MG/ML 2 ML
- ✓ PROPOFOL 10 MG/ML 20 ML
- ✓ PROPRANOLOL 40 MG
- ✓ PROTOVIT (GOTAS) - 20ML

- ✓ RANITIDINA 15 MG/ML 120 ML
- ✓ RANITIDINA 25 MG/ML 2 ML
- ✓ SALBUTAMOL 0,4 MG/ML 120 ML
- ✓ SEVOFLURANO 100% 250 ML
- ✓ SIMETICONA 75 MG/ML 10 ML (GOTAS)
- ✓ SOLUÇÃO DE GLICERINA 120 MG/ML 12% 500 ML
- ✓ SOLUÇÃO DE GLICOSE 10% 250 ML
- ✓ SOLUÇÃO DE GLICOSE 5% 500 ML
- ✓ SOLUÇÃO DE GLICOSE 5% 100 ML
- ✓ SOLUÇÃO DE GLICOSE 5% 250 ML
- ✓ SOLUÇÃO DE MANITOL 20% 500 ML
- ✓ SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 10 ML
- ✓ SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 100 ML
- ✓ SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 250 ML
- ✓ SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500 ML
- ✓ SOLUÇÃO RINGER COM LACTATO - 500 ML
- ✓ SULFADIAZINA DE PRATA 1% 50 GRAMAS
- ✓ SULFATO MAGNÉSIO 10% 10 ML
- ✓ SULFATO MAGNÉSIO 50% 10 ML
- ✓ SULFATO FERROSO 125 MG/ML 30 ML
- ✓ SULFATO FERROSO 40 MG Fe++
- ✓ SUXAMETÔNIO 100 MG
- ✓ TERBUTALINA 0,5 MG/ML 1 ML
- ✓ TETRACAÍNA 10MG/ML + FENILEFRINA (CLORIDRATO) 1 MG/ML - 10 ML
- ✓ TIAMINA 300 MG
- ✓ TOBRAMICINA 3 MG/ML - 5 ML
- ✓ TOBRAMICINA 3 MG/ML + DEXAMETASONA 1 MG/ML -5 ML
- ✓ TRAMADOL 50 MG/ML - 1 ML
- ✓ VITELINATO DE PRATA 100 MG/ML 10% 5 ML

LISTA DE MATERIAIS PADRONIZADOS

- ✓ ABAIXADOR DE LINGUA
- ✓ ÁGUA OXIGENADA 10V
- ✓ AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5
- ✓ AGULHA DESCARTÁVEL 25X7
- ✓ AGULHA DESCARTÁVEL 30X8

- ✓ AGULHA DESCARTÁVEL 40X12
- ✓ AGULHA PARA ANESTESIA RAQUI N° 25G x 3 1/2
- ✓ AGULHA PARA ANESTESIA RAQUI N° 27G x 3 1/2
- ✓ AGULHA PARA ANESTESICA PERIDURAL N° 16
- ✓ AGULHA PARA ANESTESICA PERIDURAL N° 17
- ✓ AGULHA PARA ANESTESICA PERIDURAL N° 18
- ✓ ALCOOL 70% 1L
- ✓ ALCOOL GEL 500G
- ✓ ALGODAO HIDROFILO ROLO 500G
- ✓ ALMOTOLIA PLÁSTICA AMBAR - 250 Ml
- ✓ ALMOTOLIA PLÁSTICA TRANSPARENTE - 250mL
- ✓ AMBU SILICONE ADULTO (COMPLETO)
- ✓ AMBU SILICONE NEO PEDIATRICO (COMPLETO)
- ✓ AMBU SILICONE PEDIATRICO (COMPLETO)
- ✓ APARELHO DE BARBEAR DESCARTÁVEL
- ✓ ATADURA CREPOM 10CM x 4,5
- ✓ ATADURA CREPOM 15CM x 4,5
- ✓ BOLSA PLÁSTICA PARA COLOSTOMIA "COM ADESIVO HIPOALERGÊNICO"
- ✓ CANULA DE GUEDEL Nº 00
- ✓ CANULA DE GUEDEL Nº 01
- ✓ CANULA DE GUEDEL Nº 02
- ✓ CANULA DE GUEDEL Nº 03
- ✓ CANULA DE GUEDEL Nº 04
- ✓ CANULA DE GUEDEL Nº 05
- ✓ CANULA DE GUEDEL Nº 06
- ✓ AVENTAL CIRURGICO DE MANGA LONGA E PUNHO, ABERTO NAS COSTAS - ESTÉRIL "CAPOTE"
- ✓ CARDAÇO SARJADO (VIES) 50MTS
- ✓ CATETER NASAL TIPO OCULOS ADULTO
- ✓ CATETER UMBILICAL Nº 3,5
- ✓ CATETER VENOSO PERIFÉRICO N° 14G (2,10mm X 50mm)
- ✓ CATETER VENOSO PERIFÉRICO N° 16G (1,7mm X 50mm)
- ✓ CATETER VENOSO PERIFÉRICO N° 18G (1,3mm X 32mm)
- ✓ CATETER VENOSO PERIFÉRICO N° 20G (1,10mm X 32mm)
- ✓ CATETER VENOSO PERIFÉRICO N° 22G (0,90mm X 25mm)
- ✓ CATETER VENOSO PERIFÉRICO N° 24G (0,70mm X 19mm)
- ✓ CATETER VENOSO PERIFÉRICO N°24G NEO (0,70mm X 14mm)

- ✓ CLAMP UMBILICAL
- ✓ CLOREXIDINA 2% AQUOSA 1 L
- ✓ CLOREXIDINA ALCOOLICA TÓPICA 0,5% 1L
- ✓ CLOREXIDINA DEGERMANTE ANTISSÉPTICO 2% DIGLICONATO 1L
- ✓ COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO (TIPO SACO) 02L
- ✓ COLETOR DE MATERIAL PERFUROCORTANTE 20L
- ✓ COLETOR DE URINA INFANTIL (UNISSEX)
- ✓ COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO - COM VALVULA CLAMPEADORA COM COLETOR - 2.000ML
- ✓ COLETOR FEZES E URINA - 50ML
- ✓ DETERGENTE ENZIMÁTICO LIQUIDO COM 6 ENZIMAS: LIPASE, PROTEASE, AMILASE, PEPTIDASE, CELULASE E CARBOIDRASE PARA UTILIZAÇÃO NAS OPERAÇÕES DE LIMPEZA, REMOVENDO RESÍDUOS ORGÂNICOS EM EQUIPAMENTOS, ARTIGOS E INSTRUMENTOS MÉDICO HOSPITALARES, ODONTOLÓGICOS E LABORATORIAIS, 5 L.
- ✓ DRENO DE PENROSE N° 01 - ESTÉRIL
- ✓ DRENO DE PENROSE N° 02 - ESTÉRIL
- ✓ DRENO DE PENROSE N° 03 - ESTÉRIL
- ✓ DRENO DE PENROSE N° 04 - ESTÉRIL
- ✓ DRENO TORAX Nº 36
- ✓ DRENO TORAX Nº 38
- ✓ DRENO TORAX Nº 40
- ✓ ELETRODOS DESCARTAVEL ADULTO/INFANTIL
- ✓ EQUIPO MACROGOTAS COMPLETO COM INJETOR LATERAL
- ✓ EQUIPO MACROGOTAS COMPLETO FOTOSSENSÍVEL COM INJETOR LATERAL
- ✓ EQUIPO MICROGOTAS COMPLETO (INJETOR LATERAL)
- ✓ EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SOLUÇÕES ENTERAIS - NUTRIÇÃO
- ✓ EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS - CRYSTAL
- ✓ EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS - FOTOSSENSIVEL
- ✓ ESCOVA PARA ANTI-SEPSIA COM IODOPOVIDONA 10%
- ✓ ESPARADRAPO 10X4,5
- ✓ ETER ETÍLICO
- ✓ EXTENSOR DE SERINGA DESCARTÁVEL ST20
- ✓ EXTENSOR PARA EQUIPO BOMBA
- ✓ EXTENSOR PARA INFUSÃO VENOSA - 02 VIAS NEO - COM CONEXÃO LATERAL EM Y - POLIFIX
- ✓ EXTENSOR PARA INFUSÃO VENOSA - 04 VIAS - COM CONEXÃO LATERAL EM Y - POLIFIX
- ✓ FIO DE SUTURA ALGODAO 0-0 C/AGULHA 3/8 CILÍND. 3,0 CM

- ✓ FIO DE SUTURA ALGODAO 2-0 C/AGULHA 3/8 CILÍND. 3,0 CM
- ✓ FIO DE SUTURA ALGODAO 3-0 C/AGULHA 1/2 CILÍND. 2,0 CM
- ✓ FIO DE SUTURA ALGODAO 4-0 C/AGULHA 3/8 CILÍND. 2,5 CM
- ✓ FIO DE SUTURA CAT-GUT CROMADO 0, TIPO C- CLASSE IV, 75 CM, C/AGULHA 1/2 CIRC. C/L 5,0 CM
- ✓ FIO DE SUTURA CAT-GUT CROMADO 1, TIPO C- CLASSE IV, 75 CM, C/AGULHA 1/2 CIRC. C/L 5,0 CM
- ✓ FIO DE SUTURA CAT-GUT CROMADO 2-0, TIPO C- CLASSE IV, 75 CM, C/AGULHA 1/2 CIRC. C/L 5,0 CM
- ✓ FIO DE SUTURA CAT-GUT CROMADO 3-0, TIPO C- CLASSE IV, 75 CM, C/AGULHA 1/2 CIRC. C/L 5,0 CM
- ✓ FIO DE SUTURA CAT-GUT CROMADO 4-0, TIPO C- CLASSE IV, 75 CM, C/AGULHA 1/2 CIRC. C/L 5,0 CM
- ✓ FIO DE SUTURA CAT-GUT SIMPLES 0-0 C/AGULHA
- ✓ FIO DE SUTURA CAT-GUT SIMPLES 2-0 C/AGULHA 1/2 CILÍND. 2,5 CM
- ✓ FIO DE SUTURA CAT-GUT SIMPLES 3-0 C/AGULHA
- ✓ FIO DE SUTURA CAT-GUT SIMPLES 4-0 C/AGULHA
- ✓ FIO DE SUTURA NYLON 0-0, FIO 45CM, C/ AGULHA 3/8 CIRC TRIANG. 2,0CM, ESTERIL
- ✓ FIO DE SUTURA NYLON 2-0, FIO 45CM, C/ AGULHA 3/8 CIRC TRIANG. 2,5CM, ESTERIL
- ✓ FIO DE SUTURA NYLON 3-0, FIO 45CM, C/ AGULHA 3/8 CIRC TRIANG. 2,5CM, ESTERIL
- ✓ FIO DE SUTURA NYLON 4-0, FIO 45CM, C/ AGULHA 3/8 CIRC TRIANG. 2,5CM, ESTERIL
- ✓ FIO DE SUTURA NYLON 5-0, FIO 45CM, C/ AGULHA 1/2 CIRC TRIANG. 2,5CM, ESTERIL
- ✓ FIO DE SUTURA NYLON 6-0, FIO 45CM, C/ AGULHA 1/2 CIRC TRIANG. 2,5CM, ESTERIL
- ✓ FIO GUIA (MANDRIL) P/ INTUBAÇÃO 10FR- USO ÚNICO (INFANTIL)
- ✓ FIO GUIA (MANDRIL) P/ INTUBAÇÃO 14FR- USO ÚNICO (ADULTO)
- ✓ FIO SUTURA POLIGLACTINA 0 VIOLETA, 70CM, C/AGULHA, 1/2 CIRC CIL, 4,0CM, ESTERIL
- ✓ FIO SUTURA POLIGLACTINA 1-0, VIOLETA, 70 CM, C/AGULHA 1/2 CIRC CIL, 4,0 CM
- ✓ FIO SUTURA POLIGLACTINA 2-0, VIOLETA, C/AGULHA 2,5 CM, 70 CM 1/2 CIRC
- ✓ FIO SUTURA POLIGLACTINA 3-0, VIOLETA, 70 CM, C/AGULHA 1/2 CIRC CIL, 4,0 CM
- ✓ FIO SUTURA POLIGLACTINA 4-0, VIOLETA, 70 CM, C/AGULHA 1/2 CIRC CIL, 4,0 CM
- ✓ FITA ADESIVA AUTOCLAVE 19X50CM
- ✓ FITA ADESIVA HOSPITALAR 19 X 50CM (FITA CREFE)
- ✓ FITA ADESIVA MICROPORE 5X4,5CM
- ✓ FITA TESTE PARA GLICEMIA (ONNCAL PLUSS)
- ✓ FORMALDEÍDO - 10%
- ✓ FRALDA DESCARTAVEL ADULTO P

- ✓ FRALDA DESCARTAVEL ADULTO XG
- ✓ FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL G
- ✓ FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL M
- ✓ FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL P
- ✓ FRASCO PARA SISTEMA DRENAGEM TORÁCICA 2 L COM TAMPA
- ✓ TUBO DE LATEX PARA PUNÇÃO VENOSA N° 200 - GARROTE 15MTS
- ✓ COMPRESSA GAZE ESTÉRIL 7,5X7,5CM FIOS 11 C/10 UNIDADES
- ✓ GEL PARA ELETRO CARDIOGRAMA - 5KG
- ✓ GEL PARA ULTRASONOGRAFIA - 5KG
- ✓ KIT DE NEBULIZAÇÃO ADULTO
- ✓ KIT DE NEBULIZAÇÃO INFANTIL
- ✓ LACRE NUMERADO PARA CARRO DE PARADA
- ✓ LÂMINA DE BISTURI N°11
- ✓ LÂMINA DE BISTURI N°12
- ✓ LÂMINA DE BISTURI N°15
- ✓ LÂMINA DE BISTURI N°18
- ✓ LÂMINA DE BISTURI N°20
- ✓ LÂMINA DE BISTURI N°21
- ✓ LÂMINA DE BISTURI N°22
- ✓ LÂMINA DE BISTURI N°23
- ✓ LÂMINA DE BISTURI N°24
- ✓ LANCETA MANUAL ESTERIL - DESCARTAVÉL
- ✓ LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL N° 6,0
- ✓ LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL N° 6,5
- ✓ LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL N° 7,0
- ✓ LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL N° 7,5
- ✓ LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL N° 8,0
- ✓ LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL N° 8,5
- ✓ LUVA DE PROCEDIMENTO - LATEX TAMANHO G
- ✓ LUVA DE PROCEDIMENTO - LATEX TAMANHO M
- ✓ LUVA DE PROCEDIMENTO - LATEX TAMANHO P
- ✓ LUVA NITRILICA - TAMANHO M
- ✓ MÁSCARA DE VENTURI PARA OXIGENOTERAPIA - ADULTO
- ✓ MÁSCARA DE VENTURI PARA OXIGENOTERAPIA - INFANTIL
- ✓ MASCARA DESCARTAVEL N95
- ✓ MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA COM ELASTICO
- ✓ MASCARA LARINGEA N°03

- ✓ MASCARA LARINGEA N°04
- ✓ MASCARA LARINGEA N°05
- ✓ PAPEL GRAU CIRURGICO 11M X 100M
- ✓ PAPEL GRAU CIRURGICO 12M X 100M
- ✓ PAPEL GRAU CIRURGICO 15M X 100M
- ✓ PAPEL GRAU CIRURGICO 20M X 100M
- ✓ PAPEL GRAU CIRURGICO 25M X 100M
- ✓ PAPEL GRAU CIRURGICO 30M X 100M
- ✓ PAPEL GRAU CIRURGICO 40M X 100M
- ✓ PERFURADOR DE MEMBRANA AMINIOTICA
- ✓ EXTENSOR PARA INFUSÃO VENOSA - 02 VIAS - COM CONEXÃO LATERAL EM Y - POLIFIX 2
- ✓ PRESERVATIVO SEM LUBRIFICANTE
- ✓ PROTETOR OCULAR NEO - PARA FOTOTERAPIA TAM. M
- ✓ PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ADULTO - BRANCA
- ✓ PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO INFANTIL - AZUL
- ✓ PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO INFANTIL - ROSA
- ✓ SAPATILHA DESCARTAVEL - PROPÉ
- ✓ CONJUNTO PARA INFUSÃO VENOSA PERIFÉRICO (SCALP) Nº 19
- ✓ CONJUNTO PARA INFUSÃO VENOSA PERIFÉRICO (SCALP) Nº 21
- ✓ CONJUNTO PARA INFUSÃO VENOSA PERIFÉRICO (SCALP) Nº 23
- ✓ CONJUNTO PARA INFUSÃO VENOSA PERIFÉRICO (SCALP) Nº 25
- ✓ CONJUNTO PARA INFUSÃO VENOSA PERIFÉRICO (SCALP) Nº 27
- ✓ SERINGA 01ML BICO LUER SLIP COM AGULHA
- ✓ SERINGA 03ML BICO LUER SLIP COM AGULHA
- ✓ SERINGA 05ML BICO LUER SLIP COM AGULHA
- ✓ SERINGA 10ML BICO LUER SLIP COM AGULHA
- ✓ SERINGA 20ML BICO LUER SLIP COM AGULHA
- ✓ SERINGA DE PERDA DE RESISTENCIA 10ML
- ✓ SONDA DE ASPIRACAO TRANQUEAL S/VALVULA Nº 04
- ✓ SONDA DE ASPIRACAO TRANQUEAL S/VALVULA Nº 06
- ✓ SONDA DE ASPIRACAO TRANQUEAL S/VALVULA Nº 08
- ✓ SONDA DE ASPIRACAO TRANQUEAL S/VALVULA Nº 10
- ✓ SONDA DE ASPIRACAO TRANQUEAL S/VALVULA Nº 12
- ✓ SONDA DE ASPIRACAO TRANQUEAL S/VALVULA Nº 14
- ✓ SONDA DE ASPIRACAO TRANQUEAL S/VALVULA Nº 16
- ✓ SONDA DE ASPIRACAO TRANQUEAL S/VALVULA Nº 18

- ✓ SONDA DE ASPIRACAO TRANQUEAL S/VALVULA Nº 20
- ✓ SONDA FOLEY 2 VIAS N° 06
- ✓ SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 08
- ✓ SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 10
- ✓ SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 12
- ✓ SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 14
- ✓ SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 16
- ✓ SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 18
- ✓ SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 20
- ✓ SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 22
- ✓ SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 24
- ✓ SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 3 VIAS N° 14
- ✓ SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 3 VIAS N° 20
- ✓ SONDA NASOGASTRICA CURTA N° 04
- ✓ SONDA NASOGASTRICA CURTA N° 06
- ✓ SONDA NASOGASTRICA CURTA N° 08
- ✓ SONDA NASOGASTRICA CURTA N° 10
- ✓ SONDA NASOGASTRICA CURTA N° 12
- ✓ SONDA NASOGASTRICA CURTA N° 14
- ✓ SONDA NASOGASTRICA CURTA N° 16
- ✓ SONDA NASOGASTRICA CURTA N° 18
- ✓ SONDA NASOGASTRICA CURTA N° 20
- ✓ SONDA NASOGASTRICA CURTA N° 22
- ✓ SONDA NASOGASTRICA CURTA N° 24
- ✓ SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 04
- ✓ SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 06
- ✓ SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 08
- ✓ SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 10
- ✓ SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 12
- ✓ SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 14
- ✓ SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 16
- ✓ SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 18
- ✓ SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 20
- ✓ SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 22
- ✓ SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 24
- ✓ SONDA URETRAL N° 04
- ✓ SONDA URETRAL N° 06

- ✓ SONDA URETRAL N° 08
- ✓ SONDA URETRAL N° 10
- ✓ SONDA URETRAL N° 12
- ✓ SONDA URETRAL N° 14
- ✓ SONDA URETRAL N° 16
- ✓ SONDA URETRAL N° 18
- ✓ SONDA URETRAL N° 20
- ✓ TERMOMETRO CLÍNICO DIGITAL
- ✓ TORNEIRA PLÁSTICA - 03 VIAS
- ✓ TRANSOFIX - DISPOSITIVO P/ TRANSFERENCIA
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO N° 10,0
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO N° 5,0
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO N° 5,5
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO N° 6,0
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO N° 6,5
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO N° 7,0
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO N° 7,5
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO N° 8,0
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO N° 8,5
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO N° 9,0
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO N° 9,5
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALAO N° 2,0
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALAO N° 2,5
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALAO N° 3,0
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALAO N° 3,5
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALAO N° 4,0
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALAO N° 4,5
- ✓ TUBO SILICONE N°204 mm
- ✓ UMIDIFICADOR DE OXIGÊNIO
- ✓ VASELINA LIQUID 1Lt

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2022 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/20220128_rename_2022.pdf

5.10.5. Norma para Realização dos Procedimentos de Contratação de Prestação de Serviços e Terceiros – Higiene e Limpeza

OBJETIVO

Definir as normas, procedimentos, critérios e responsabilidades relativos ao processo de qualificação, seleção e avaliação sistemática (contínua) de prestadores de serviços "terceirizados", de forma a assegurar a sua aptidão para fornecer serviços e produtos de acordo com os requisitos estabelecidos pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, garantindo-se assim a eficácia e a eficiência dos processos de acordo com a sua capacidade técnica e operacional.

Na gestão do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** os serviços prestados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** de Lavanderia, Limpeza, Manutenção predial, Engenharia Clínica e Serviço de Nutrição e Dietética (SND) serão prestadores de serviços terceirizados através de contratos de Pessoas Jurídicas (PJ).

CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se aos Fornecedores de produtos e serviços, destinados a consumo e/ou utilização interna. Os critérios utilizados na sua avaliação baseiam-se no nível de qualidade dos produtos fornecidos e dos serviços prestados.

TIPO DE FORNECIMENTOS

- Serviços
- Produtos

DOCUMENTAÇÃO

Dependendo do ramo de atuação da empresa fornecedora, serão exigidas documentações específicas.

A documentação exigida para o cadastramento de fornecedores constitui-se do critério básico para o processo de seleção. São exigidos os seguintes documentos:

Para Serviços:

- Cartão CNPJ
- Certidão Negativa de Débitos Federais – Previdência (INSS)
- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão de Recolhimento do FGTS
- Contrato Social e Alterações ou Certificado MEI
- Certidão do Ministério do Trabalho
- Certificado de Responsabilidade Técnica (CRM, CREA, CRN, OAB, CRA, CREFITO, etc.)
- Balanço Patrimonial e Demonstrações Contábeis (vedada substituição por balancetes/ balanços provisórios), que devem ser atualizados a cada encerramento de exercício social, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.
- Regime Tributário.

Equipamentos Médico-Hospitalares

- Cartão CNPJ
- Certidão Negativa de Débitos Federais – Previdência (INSS)
- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Contrato Social e Alterações ou Certificado MEI
- Certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-4
- Manual de Boas Práticas de Fabricação expedido pela ANVISA, para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV – obrigatório para fabricante
- Certificados emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros) – obrigatória para fabricante e distribuidor
- Licença da Vigilância Sanitária
- Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE)

Alimentação:

- Cartão CNPJ
- Certidão Negativa de Débitos Federais – Previdência (INSS)
- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais

- Certidão de Recolhimento do FGTS
- Contrato Social e Alterações ou Certificado MEI
- Certidão do Ministério do Trabalho
- Manual de Boas Práticas de Fabricação e/ou de Armazenagem
- Certificado de Responsabilidade Técnica (CRM, CREA, CRN, CRQ)
- Certificado de Qualificação e/ou Manual de Boas Práticas e/ou Visistas Técnicas e Roteiro de Visita (FR-SD-022)
- Licença da Vigilância Sanitária
- Regime Tributário

Rouparia:

- Cartão CNPJ
- Certidão Negativa de Débitos Federais – Previdência (INSS)
- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão de Recolhimento do FGTS
- Contrato Social e Alterações ou Certificado MEI
- Certidão do Ministério do Trabalho
- Licença ou Alvará de Funcionamento
- Regime Tributário

Do envio dos documentos:

Todas as documentações exigidas devem ser enviadas somente via e-mail para o endereço eletrônico xxx@xxxxx.org.br ou pelo site institucional www.xxxx.org.br , no formato PDF. Elas serão analisadas em relação à autenticidade e validade, e somente depois inseridas no sistema interno do Instituto. O prazo máximo para validação é de três dias úteis.

PROCEDIMENTOS

QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

Identificação da necessidade de qualificar o fornecedor

A1) O processo de homologação e qualificação dos fornecedores compete à Gerencia de Compras/Suprimentos, que analisará alternativas para uma nova parceria, atendendo sempre aos pré-requisitos comerciais e legais.
A2) Para dar início ao processo, é solicitado ao Gerente de Compras/Suprimentos que qualifique um (novo) Fornecedor. Na sequência dessa solicitação, o Gerente de Compras/Suprimentos é responsável pelo envio do Formulário de Homologação de Fornecedores.
A3) A Qualificação do fornecedor deve ser realizada antes da contratação do fornecedor e serve para a avaliar se o está apto a prestar os serviços de acordo com as exigências da Instituição.

Após receber a documentação do fornecedor, é feita uma análise criteriosa. Estando os documentos em conformidade com os padrões legais é iniciado o processo de homologação no sistema interno do Instituto. Caso falte algum documento, o fornecedor é alertado sobre a pendência. Assim que toda a documentação estiver completa, o processo de homologação é concluído.

Sempre que necessário, deve ser pedida documentação técnica (ex: catálogos, listas de preços, referências, etc.) ao Fornecedor, que permita complementar o seu processo de qualificação.

Fornecedor Qualificado: Fornecedor que o Instituto considera ser capaz de fornecer produtos ou serviços, são os que cumprem com os requisitos especificados. A experiência acumulada relativamente ao desempenho (positivo) de um Fornecedor corrente, tendo por base o resultado dos fornecimentos efetuados até à data, é razão suficiente para a sua inclusão automática na Lista de Fornecedores Qualificados. Um Fornecedor pré-qualificado é um Fornecedor que transmite um elevado nível de confiança quanto à sua capacidade para fornecer, no futuro, o produto e/ou serviço com a qualidade desejada e de forma permanente.

Fornecedor não Qualificado: Fornecedor que o Instituto considera não ser capaz de cumprir, de forma sustentada, com os requisitos especificados. Para além da informação constante do formulário devolvido, existem ainda outros critérios que podem sustentar a sua não qualificação, nomeadamente os seguintes: informação negativa recolhida no mercado, dúvidas sobre a sua real capacidade para cumprir com os requisitos estabelecidos, respostas negativas, no questionário devolvido, indiciando total alheamento em relação aos aspetos da garantia da qualidade, existência de Fornecedor alternativo com melhor potencial de desempenho, não cumprimento de requisitos legais, bem como a entrega de documentos. Um Fornecedor não qualificado pode ser submetido posteriormente a um novo processo de qualificação inicial.

Inclusão na lista de fornecedores qualificados

Os Fornecedores pré-qualificados passam a integrar a Lista de Fornecedores Qualificados em vigor.

Caso o Fornecedor não qualificado seja considerado como não substituível por Fornecedor alternativo (ex.: Fornecedor exclusivo), a sua inclusão na Lista de Fornecedores Qualificados ficará dependente da aprovação pela Diretoria.

Neste caso, constará como Fornecedor aprovado, mas com restrição o que significa que será sujeito a uma avaliação rigorosa mais frequente.

Fornecedores Críticos

São considerados fornecedores críticos aqueles que, se não acompanhados, podem comprometer de forma relevante a assistência direta ao paciente ou a manutenção de serviços essenciais de apoio.

Para qualificação de fornecedores e efetivo acompanhamento durante o relacionamento comercial, para fornecedores críticos, será efetuada visita técnica anual por equipe Multiprofissional do Instituto, cuja função será validar as condições de fabricação e fornecimento.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE FORNECEDORES

O atendimento aos requisitos e a informação de atuação dos fornecedores se efetiva através do instrumento de avaliação de desempenho dos fornecedores.

Os fornecedores são avaliados através das seguintes ocorrências:

Classificação das ocorrências

As ocorrências são classificadas conforme impacto no processo:

- **Leve: 1 ponto**
- **Média: 2 pontos**
- **Grave: 3 pontos**

- **Gravíssima: 4 pontos**

TIPO DE OCORRÊNCIA	PONTUAÇÃO
Atraso na entrega	1
Atraso na entrega acima de 10 dias	4
Produto danificado – transporte indevido	3
Entrega em local errado	2
Material de outro destinatário	1
Material correto com nota fiscal (errada) trocada	3
Atendimento	2
Retorno de cotação/orçamento	2
Informações sobre o produto	3
Retorno de avaliação Fornecedor	2
Demora para visita-orçamento p/ execução de serviço	2
Demora atendimento chamado execução serviço	2
Demora na retirada de materiais	2
Troca de produto em desacordo com pedido	3
Troca de produto com defeito errado	3
Troca de produto por pedido	2

errado	
Assistência técnica	2
Garantia	2
Devolução por desacordo com pedido	3
Devolução por falta de pedido	2
Produto fora do prazo de validade	4
Danificado por problemas de embalagem	2
Prejudicado por substancias alheias	2
Material reprovado	3
Material fora das especificações	3
Alteração de preço após negociação fechada	4
Preço errado	3
Desconto no valor do produto	2
Redução de vida útil por motivo alheio	3
Produto de má qualidade	4
Fora do prazo negociado	3
Produto ou serviço sem garantia	3
Cobrança enviada 05 dias antes do vencimento	3
Cobrança não enviada	3
Acidente / Incidental Ambiental	4

Falta do envio de documentação solicitada	**4**
Incidente desvio Comportamental	**4**
Apresentação pessoal Colaboradores	**4**
Estado de conservação do equipamento	**4**
Não cumprimento de procedimento / regras	**2**
Atraso / ausência não justificada	**3**
Falta de reposição de pessoal	**4**

Sempre que houver reclamação formal o fornecedor será notificado através da Reclamação Formal por meio de formulário, onde o mesmo deverá definir ações que venham a corrigir o problema constatado pelo Instituto o recebimento da resposta será monitorado.

Ação Corretiva: Sempre que for identificado um não atendimento a algum item da avaliação de fornecedor, o gestor do contrato deverá negociar um plano de ação para a correção das divergências, cuja eficácia deverá ser analisada no próximo ciclo de avaliação.

Reavaliação (Análise e Avaliação anual): O processo de avaliação ocorre de maneira contínua, com análises trimestrais, considerando o número de Ocorrências de não conformidade registradas. A média das pontuações dos trimestres irá gerar o Conceito Anual de Avaliação do Fornecedor. Trimestralmente, os Fornecedores Críticos (estabelecidos com base na Curva A) serão comunicados quanto ao seu desempenho, baseado nas ocorrências registradas no período. O modelo de análise de desempenho obedece a uma metodologia de cálculo específica, conforme segue:

Metodologia de cálculo

Nº de Ocorrências	**Pontuação**

Zero	**100**
1 a 2	**85**
2 a 6	**60**
7 a 10	**30**
>10	**10**

Fórmula: CAF = (PEx30) + (EA x 35) + (QPS x35) /100

Onde:

Conceito de Avaliação do Fornecedor (CAF)

Pontualidade na entrega (PE)

Eficiência no Atendimento (EA)

Qualidade dos Produtos e Serviços (QPS)

Conceituação

Pontuação	Conceito
100	**Excelente**
≤ 99,9 ≥ 90,0	**Muito Bom**
≤ 99,9 ≥ 90,0	**Bom**
≤ 69,9 ≥ 60,0	**Regular**
≤ 59,9	**Ruim**

Conceito de Avaliação do Fornecedor (CAF)	Nº de Ocorrências
Pontualidade na entrega (PE)	**2**
Eficiência no Atendimento (EA)	**1**
Qualidade dos Produtos e Serviços (QPS)	**0**

CAF = ((85 x 30) + (85 x 35) + (100 x 35)) / 100

CAF = 86,00

Conceito = Bom

A pontuação determina o conceito obtido pelo fornecedor e a partir deste, quais as ações a serem tomadas pelo Departamento de Compras/Contratos, conforme segue:

CONCEITO	AÇÃO
Excelente (100 pontos)	**Será enviado ao fornecedor o comunicado por e-mail relatando o bom desempenho**
Muito Bom e Bom (≤ 99,9 e ≥ 70,0 pontos)	**Será enviado ao fornecedor um relatório por e-mail com as não conformidades identificadas no período; O fornecedor deve informar as melhorias que serão implementadas e as evidências destas melhorias;**
Regular e Ruim (≤ 69,9 pontos)	**Será enviado ao fornecedor um relatório por e-mail com as não conformidades identificadas no período; O fornecedor deve informar as melhorias que serão implementadas e as evidências destas melhorias; O fornecedor deverá passar pelo critério de homologação desde o início para fornecer novamente do Instituto.**

LIMPEZA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

OBJETIVOS

O objetivo da contratação é atender com serviço de limpeza hospitalar à demanda do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

Conceitua-se como Limpeza Hospitalar **"a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas. Tem a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde"** (ANVISA 2010). (Base Cadterc Versão Janeiro/15).

A Limpeza Hospitalar/Assemelhados consiste na limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; remoção, redução ou destruição de microrganismos 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, maçanetas, mobiliários, equipamentos, instalações sanitárias, grades do ar condicionado e/ou exaustor, inclusive camas, parapeitos de janela e persianas quando da saída dos pacientes e demais instalações etc.

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS

Áreas críticas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos invasivos, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

São classificadas áreas críticas:

UTI Adulto e Semi Intensiva;
Unidades de Isolamentos;
Lactário;
Banco de Sangue (Sala de coleta e Armazenamento);
Laboratório (microbiologia, bioquímica, local onde são manipuladas espécies clínicas);
SND – Serviço de Nutrição e Dietética;
Área contaminada da Lavanderia;
Necrotério;
Centro Cirúrgico;
CME; e
Pronto Socorro (Sala Vermelha, Sala Amarela, Sala de Sutura, Sala de Procedimentos).

Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas.

São classificadas como áreas semicríticas:

Enfermarias de internação,
Ambulatório;
Postos de Enfermagem;
Pronto Socorro (Classificação de Risco e Recepção);
Lavanderia (área limpa);
Corredores;
DML – Depósito de Material de Limpeza;
Banheiros;
Setor de Imagem (RX);
Copa;
Farmácia e CAF; e
Consultórios de atendimento médico (todos).

Áreas não críticas: são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco.

São classificadas como áreas não críticas:

Vestiários;
Áreas administrativas;
Almoxarifados, secretaria;
Sala de costura;
Sala de guarda de materiais e equipamentos;
Manutenção;
Transporte;
Pátio externo do hospital; e
Áreas administrativas.

PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

A Prestação de Serviços de Limpeza Hospitalar no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** deve estar caracterizada por limpeza, conservação e desinfecção de superfícies fixas.

Em unidades de assistência à saúde, as áreas administrativas são destinadas ao atendimento de atividades burocráticas e de apoio, enquanto as áreas hospitalares, destinadas à prestação de serviços de saúde, são classificadas com base no risco potencial de contaminação de artigos e transmissão de infecções, conforme preconizado por Spauding, em 1968.

Os procedimentos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção hospitalar.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA NA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica semicrítica e não crítica;
Identificar e/ou sinalizar corredores e áreas de grande circulação, durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;
Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho.
A empresa fornecerá uniforme, identificação, EPI's, Medicina do trabalho (em caso de acidentes perfuro cortantes, acidentes de trabalho, exames admissionais e periódicos);
Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive, quando realizados com a utilização de luvas;
Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área do hospital antes dos procedimentos de limpeza;
Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para frente e de dentro para fora;
Realizar a coleta do lixo pelo menos, três vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. O lixo deverá ser transportado em carro próprio, fechado, com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura;
Usar luvas, panos e baldes de cores padronizadas para cada tipo de limpeza de superfícies e procedimento;
Usar técnica de dois baldes sendo um com água e solução detergente/desinfetante e outro com água para o enxágüe;
Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (mopps, esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc) nas salas de utilidades indicadas pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA**

HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO diariamente, ou sempre que utilizados em locais contaminados;

Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, série conforme ABNT NBR ISO-9001, ou substitutivo, bem como atender os requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos a prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e Laudos específicos;

TIPOS DE LIMPEZA PRECONIZADOS

Limpeza concorrente

É o procedimento de limpeza realizado diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (reposição e limpeza do dispenser de sabão, antisséptico e álcool gel, papel higiênico, papel toalha) e recolher os resíduos, de acordo com a sua classificação. Ainda, durante a realização da limpeza concorrente deve-se detectar materiais e equipamentos não funcionastes.

Limpeza intercorrente

É o procedimento de limpeza realizado diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (reposição e limpeza do dispenser de sabão, antisséptico e álcool gel, papel higiênico, papel toalha) e recolher os resíduos, de acordo com a sua classificação. Ainda, durante a realização da limpeza concorrente deve-se detectar materiais e equipamentos não funcionastes.

Limpeza terminal

Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada). As programadas devem ser realizadas no período máximo de 07 dias quando em áreas críticas. Em áreas semicríticas 15 dias e não críticas o período máximo é de 30 dias.

MÉTODOS E EQUIPAMENTOS DE LIMPEZA DE SUPERFÍCIES

Limpeza Úmida Manual

Realizada com a utilização de rodos, mops (mop água) ou esfregões, panos ou esponjas umedecidas em solução detergente, com enxague posterior com pano umedecido em água limpa. No caso de pisos é utilizado o mesmo procedimento com mops ou pano e rodo.
Esse procedimento é indicado para a limpeza de paredes, divisórias, mobiliários e de equipamentos de grande porte. Panos e mops utilizados na limpeza devem ser encaminhados para lavagem na lavanderia. Na limpeza terminal deve ser utilizado o método mecanizado.

Limpeza com máquinas lavadoras e extratoras automáticas

Consiste no método de lavagem e enxague do piso no mesmo procedimento. São máquinas de lavar tipo enceradeiras que possuem um reservatório para o detergente que é dosado diretamente nas escovas localizadas na sua parte anterior que fazem a limpeza, e em sua parte posterior é realizado o enxague e a aspiração da água, coletado noutro reservatório para a água suja.Essas máquinas são utilizadas para limpeza de pisos com a vantagem da alta produtividade, qualidade na limpeza e menor esforço e risco para o trabalhador.

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 a áreas externas e áreas administrativas. Esse tipo de limpeza através de jatos de vapor d'água forma uma nuvem de vapor, colocando em suspensão partículas (aerossóis), que podem ser inaladas pelos funcionários e pacientes, em unidades críticas e semi críticas, como por exemplo pacientes com tuberculose, representa um risco à saúde desses profissionais, devendo, portanto, não ser utilizadas dentro do ambiente hospitalar. (BASSO & ABREU, 2004).

Limpeza Molhada (Técnica de dois baldes):

Consiste na utilização de água abundante, como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser manual, destinada principalmente para a limpeza terminal de box (unidade do paciente).

Limpeza Seca ou varredura

Consiste na retirada de sujidade, pó ou poeira sem a utilização de água (mop pó) utilizadas somente nas não críticas e áreas administrativas. A limpeza com vassouras é recomendável somente em áreas externas.

DESINFECÇÃO DE ÁREAS

A desinfecção é o processo aplicado às superfícies inertes, que elimina microrganismos na forma vegetativa, com exceção de esporos bacterianos. Pode ser realizada por meio de processos químicos ou físicos utilizando solução desinfetante.
O processo e desinfecção são utilizados após a limpeza de uma superfície que teve contato com matéria orgânica, é imprescindível que o local seja rigorosamente limpo antes da desinfecção.

PRODUTOS A SEREM UTILIZADOS

Desinfetantes, Germicidas e Saneantes

São agentes químicos que inibem ou destroem os microrganismos, podendo ou não destruir esporos. São classificados em: esterilizantes, desinfetantes e antissépticos.
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).

Hipoclorito de Sódio. Atua como desinfetante devido ao cloro ativo. Para a desinfecção de equipamentos e superfícies contaminadas com material biológico, utiliza-se soluções de hipoclorito de sódio de 1% de cloro ativo pronto uso (10.000 ppm) estável. O uso de hipoclorito de sódio não é recomendado em metais e mármores, devido à sua ação corrosiva.
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-lo, sem efeito residual, inativo em matéria orgânica.
Quaternário de Amônia de quarta geração com biguanida. Desinfetante de alto nível, compatível com limpeza de pisos, paredes e mobílias, não corrosivo, baixa toxicidade ambiental e humana, pouco irritante, tem amplo espectro de ação, é víruscida, bactericida, tuberculicida e fungicida. Fácil manuseio, ótima o processo de trabalho, atendendo a processo de limpeza e desinfecção em um único processo. Mantém ação bactericida em presença de matéria orgânica, e atividade preservada em presença de água dura.

DETERGENTES

São substâncias tensoativas, 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.
A utilização de produtos, utensílios e equipamentos para a limpeza e desinfecção devem atender as determinações da SCIRAS do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** 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

a) Natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada;
b) Tipo e grau de sujidade;
c) Tipo de contaminação;
d) Qualidade da água;
e) Método de limpeza;
f) Segurança na manipulação e uso de produtos de limpeza.

Quanto ao tipo de germicida

a) Tipo de agente químico e concentração;
b) Tempo de contato para ação;
c) Influência da luz, temperatura e pH;
d) Interaçãocomíons;
e) Toxicidade;
f) Inativação ou não em presença de matéria orgânica;
g) Estabilidade;
h) Prazo De Validade Para Uso;
i) Condições para uso seguro;
j) Necessidade de retirar resíduos do desinfetante, após utilização.

DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO A SEREM UTILIZADOS

A CONTRATADA se responsabiliza integralmente em fornecer uniformes, equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC) de forma a atender integralmente a legislação aplicável aos trabalhos previstos no contrato, bem como promover as alterações necessárias decorrentes de mudanças na legislação.

Equipamentos de Proteção Individual (EPI) tem por finalidade a proteção do indivíduo durante a realização de determinadas tarefas. É composto de óculos, luvas grossas de borracha de cano longo, botas de borracha, sapatos fechados impermeáveis, avental impermeável, máscara, gorro descartável, aventais plumbíferos, dosímetros, capa de chuva, cintos de segurança para janelas, vidros e outros.
Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) tem por finalidade a proteção coletiva durante a realização de determinadas tarefas. Sendo composto de placas sinalizadoras, cones, fitas zebradas, fitas antiderrapantes, e outros.

DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO A SEREM UTILIZADOS

A CONTRATADA se responsabiliza integralmente em fornecer uniformes, equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC) de forma a atender integralmente a legislação aplicável aos trabalhos previstos no contrato, bem como promover as alterações necessárias decorrentes de mudanças na legislação.
Equipamentos de Proteção Individual (EPI) tem por finalidade a proteção do indivíduo durante a realização de determinadas tarefas. É composto de óculos, luvas grossas de borracha de cano longo, botas de borracha, sapatos fechados impermeáveis, avental impermeável, máscara, gorro descartável, aventais plumbíferos, dosímetros, capa de chuva, cintos de segurança para janelas, vidros e outros.
Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) tem por finalidade a proteção coletiva durante a realização de determinadas tarefas. Sendo composto de placas sinalizadoras, cones, fitas zebradas, fitas antiderrapantes, e outros.

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

A CONTRATADA, além da disponibilização de mão de obra, dos produtos, dos materiais, dos utensílios e dos equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, constante neste Termo de Referência e na Minuta de Termo de Contrato, obriga-se a:

Enviar mensalmente ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** cópia das guias de recolhimento do INSS e do FGTS referentes ao presente contrato, que deverão ser juntadas no correspondente processo administrativo;
Apresentar mensalmente cópias das guias recolhidas e comprovação de manutenção de regularidade fiscal com a Fazenda Federal, através de apresentação de comprovação de recolhimento de Imposto de Renda;

Não apresentação dos documentos relacionados acima provocará retenção do pagamento da fatura até a devida comprovação dos recolhimentos;

Respeitar e cumprir os benefícios definidos em convenção coletiva de trabalho da categoria para os empregados colocados em serviço;

Encarregar-se por todos os encargos incidentes sobre a prestação dos serviços ora contratados, quer de natureza civil, fiscal, tributária, trabalhista ou previdenciária, devendo a empresa se obrigar aos recolhimentos tempestivos e a sua comprovação no prazo de 05 (cinco) dias úteis quando solicitado pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO .**

A empresa contratada deverá apresentar no prazo de 30 (trinta) dias úteis contados da data da assinatura do contrato as informações referentes aos subitens abaixo;

Elaborar o PCMSO – Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional e o PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, considerando os Programas elaborados e implementados nesta instituição. Obs.: Será disponibilizado cópia digital do PCMSO e o PPRA **do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

Fornecer cópia do PCMSO e do PPRA;

Fornecer cópia dos atestados de Saúde Ocupacional (ASO) e comprovante de imunização dos funcionários.

Obedecer toda a normatização referente à segurança do trabalho, inclusive às diretrizes estabelecidas pela sua Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), ABNT e a NR 32 e demais normas constantes em convenção, acordo ou dissídio coletivo de trabalho;

Responder pela contratação de seguro contra riscos de acidentes de trabalho e outras obrigações inerentes à execução dos serviços ora contratados;

Preservar e manter o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de quaisquer naturezas, referente aos serviços, responsabilizando-se expressamente pelos encargos trabalhistas e previdenciários;

Comunicar à fiscalização do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** quaisquer fatos ou anormalidades que possam estar prejudicando a prestação dos serviços; e

Indenizar o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** por quaisquer danos comprovados, causados por seus funcionários às instalações, móveis, utensílios ou equipamentos, ficando o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** autorizado a descontar o valor correspondente dos pagamentos devidos à Contratada, após o devido processo administrativo, garantido o direito de defesa.

QUANTO À MÃO-DE-OBRA ALOCADA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Selecionar e preparar rigorosamente os empregados que irão prestar os serviços, encaminhando funcionários com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho.

Alocar os funcionários que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza hospitalar, com avaliação do conteúdo programático, tais como: noções de fundamentos de higiene hospitalar, noções de infecção hospitalar, uso correto de EPI's, comportamento, postura, normas e deveres, rotina de trabalho a ser executada, conhecimento dos princípios de limpeza, dentre outros.

Indicar o profissional RESPONSÁVEL TÉCNICO, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boa prática e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPI's e produtos químicos.

Nomear encarregados que denominaremos como Líder, para serem os responsáveis pelos serviços, com a missão de garantir, notavelmente, o bom andamento dos trabalhos, fiscalizando e ministrando orientações necessárias aos executantes dos serviços. Os encarregados deverão ser em número suficiente para organizar todos os postos de serviço nas 24 (vinte e quatro) horas de funcionamento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO .**

Estes encarregados ou líderes, terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao FISCAL DO CONTRATO da Contratante e tomar as providências pertinentes.

Os líderes deverão ser mantidos sediados junto ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** durante os turnos de trabalho, e deverão ser elementos capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos.

Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual - EPI's.

Fornecer todo equipamento de higiene e segurança do trabalho aos seus empregados no exercício de suas funções; utilizando de forma correta os equipamentos de proteção individual (EPI) conforme Portaria MTE no 485, de 11 de novembro de 2005 – NR 32.

Realizar, por meio de responsável técnico especialmente designado, treinamentos e reciclagens periódicas aos empregados que estejam executando limpeza no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** conforme disposições contidas na NR -32- Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde e capacitações de acordo a necessidade, que deverá ser realizada por profissionais técnicos da saúde.

Instruir seus empregados quanto às necessidades de acatar as orientações do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** inclusive

quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** .

Exercer controle no que se refere à assiduidade e a pontualidade de seus empregados.

Manter a disciplina entre os seus funcionários.

Assegurar que todo empregado que cometer falta disciplinar, não será mantido nas dependências da execução dos serviços ou quaisquer outras instalações do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ;**

Atender de imediato as solicitações do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços.

Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, aos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços.

Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus funcionários acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados.

Fornecer obrigatoriamente cesta básica e vale-refeição aos seus empregados envolvidos na prestação dos serviços.

Apresentar, quando solicitado, os comprovantes de fornecimento de benefícios e encargos.

Repor, sempre que necessário, empregados que faltarem em seus postos de trabalho em no máximo 01 (uma) hora.

Cumprir as Normas Regulamentadoras n° 1, 4, 5, 6, 7 e 9 tratadas na Portaria n°3.214 de 13/06/78 do Ministério do Trabalho e Emprego.

EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Implantar de forma adequada e, em conjunto com o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para manutenção de limpeza das áreas requeridas.

Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidas, fornecendo todos os produtos, materiais, inclusive sacos plásticos para acondicionamento de resíduos, utensílios e equipamentos em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas para a boa execução dos serviços, com observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente, em especial a NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.

Dar ciência imediata e por escrito ao FISCAL DO CONTRATO referente a qualquer anormalidade que seja verificada na execução dos serviços.

Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível.

Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** .

Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** para que não haja interrupção dos serviços prestados;

Distribuir nos sanitários, papel higiênico, sabonetes e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu funcionamento.

Permitir e colaborar com a fiscalização dos serviços pelo FISCAL DO CONTRATO que mensalmente emitirá relatório sobre a qualidade dos serviços prestados, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados.

PRODUTOS UTILIZADOS

Todos os materiais necessários à perfeita execução dos serviços no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** ora contratados, apontados como necessários e outros que a CONTRATADA julgue necessários e em quantidade suficiente para a execução dos serviços atendendo às determinadas no Termo de Referência, conforme a orientação dos Serviços de Vigilância em Saúde (VISA) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e as especificidades apresentadas pelos fabricantes deverão ser providenciadas e fornecidas pela CONTRATADA em quantidades suficientes e dentro das normas legais.

Fornecer papel higiênico, papel toalha, sabonete líquido e álcool 70, este dois para higienização das mãos para abastecimento nos locais de prestação de serviços.

Também utilizar no processo de limpeza materiais fornecidos e de acordo com as instruções do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** (ex. Quaternário de Amônia).

O primeiro fornecimento deverá ocorrer até a data de início dos serviços, devendo os demais fornecimentos a cada quinze dias.

Utilizar produtos com os princípios ativos permitidos segundo a Portaria15/MS/SNVS de 23/08/88 – Fenólicos, quaternários de amônio, compostos orgânicos e inorgânicos liberadores de cloro ativo, iodo e derivados, alcoóis e glicóis, biguanidas.

Apresentar ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** cópia dos Certificados de Registros no Ministério da Saúde emitidos em nome dos fornecedores do produto, com validade na data da aquisição e com as características

básicas dos produtos aprovados, bem como respectivos laudos de testes de laboratório credenciado para este fim.

Apresentar ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com pacientes ou empregados da CONTRATADA ou com terceiros.

Utilizar somente produtos após devida avaliação de amostras e aprovação pelo FISCAL DO CONTRATO juntamente com a área de CCIH do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

Observar conduta adequada na utilização dos produtos e materiais destinados à prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Os cuidados em relação ao uso de produtos químicos que devem ser observados são:

a) Estabelecer Quais Produtos Podem Ser Utilizados;
b) Adquirir somente produtos com registro no MS;
c) Realizar a diluição em local adequado e por pessoal treinado;
d) Observar as condições de armazenamento (local e embalagem);
e) Orientar para que não sejam realizadas misturas de produtos.

EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS A SEREM UTILIZADOS

O fornecimento de vassouras, rodos, escovas, desentupidores, máquinas e demais acessórios necessários à execução dos procedimentos de limpeza é de responsabilidade exclusiva da empresa.

Os fios e cabos de todos os equipamentos e das tomadas e extensões deverão ser preferencialmente do tipo 2 x 2,5mm, sem emendas e os plugs (macho) e tomadas (fêmea) deverão ser de 20 amperes/250 volts.

Os acessórios dos equipamentos (arame para starloque, discos para lavagem de pisos e carpetes, acessório para enceradeira e refis coletores de aspiradores de pó) devem sempre estar em condições de uso.

Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, tais como: aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos para transporte de lixo, escadas e outros, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso, devendo os danificados ser substituídos em até 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede elétrica;

Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços

Garantir que os veículos eventualmente envolvidos na execução dos serviços sejam movidos por fontes de energia que causem o menor impacto ambiental (álcool, gás natural veicular – GNV ou eletricidade)

Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (mops, esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc) nas salas de utilidades indicadas pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** diariamente, ou sempre que utilizados em locais contaminados, não sendo a lavanderia do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** responsável pela higienização dos panos de limpeza utilizados pela CONTRATADA

Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** e demais exigências legais; da Resolução RDC no 306 de 7/12/2004, da Resolução MMA no 358 de 29/4/2005 e da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC no 1, de 29/6/98, com o objetivo do gerenciamento dos resíduos gerados nos serviços de saúde com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente; realizando a segregação no momento da geração do resíduo e destinando adequadamente os materiais pérfuro-cortantes.

O procedimento de recolhimento dos resíduos hospitalares deve sempre contemplar as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento, transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo as normas da ABNT e a legislação vigente;

Consideram-se os conceitos a seguir, de cuja simbologia e identificação dos locais de geração de resíduos e correspondente fluxo é de responsabilidade do Contratante:

GRUPO A - Resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido à presença de agentes biológicos. Enquadram-se neste grupo, dentre outros: sangue e hemoderivados; animais usados em experimentação, bem como os materiais que tenham entrado em contato com os mesmos; excreções, secreções e líquidos orgânicos; meios de cultura; tecidos, órgãos, fetos e peças anatômicas; filtros de gases aspirados de áreas contaminadas; resíduos advindos de área de isolamento; restos alimentares de unidade de isolamento; resíduos de laboratórios de análises clínicas; resíduos de unidades de atendimento

ambulatorial; resíduos de sanitários de unidade de internação e de enfermaria e animais mortos a bordo dos meios de transporte.

GRUPO B - Resíduos que apresentam risco potencial à saúde e ao meio ambiente devido às suas características químicas. Enquadram-se nesse grupo, dentre outros:

a) drogas quimioterápicas e produtos por elas contaminados;
b) resíduos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não-utilizados);
c) demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

GRUPO C - Rejeitos radiativos: enquadram-se neste grupo os materiais radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo Resolução CNEN 6.05.

GRUPO D - Resíduos comuns são todos os demais que não se enquadram nos grupos descritos anteriormente.

GRUPO E - Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Embalar, nos termos do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o resíduo em saco plástico específico padronizado. No caso de resíduos do grupo A, saco branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo II da NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando- se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 – devem constar em saco individual, a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura a partir de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei no 6360/76, regulamentada pelo Decreto Federal no 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto.
Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade.

Utilizar, obrigatoriamente, paramentação, incluindo bota e luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e de sua retirada após esse procedimento.
Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para resíduo, fechado com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emenda na estrutura.
Elaborar, para a utilização dos elevadores de serviços, planejamento e programação dos horários de retirada interna dos resíduos, de forma a evitar o cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como lavanderia e transporte de pacientes.
Armazenar o resíduo, devidamente embalado, nos abrigos de resíduos indicado pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**
Proceder à lavagem e desinfecção dos containeres ou similares e da área reservada aos expurgos e sala de utilidades.

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS - BOAS PRÁTICAS AMBIENTAIS

Elaborar e manter um programa interno de treinamento de seus empregados para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes.

Receber, do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** informações a respeito dos programas de uso racional dos recursos que impactam o meio ambiente.

Responsabilizar-se pela informação de "Ocorrências para Manutenção" por seu encarregado, através de formulário próprio (a ser criado) ou por sistema de solicitação de manutenção (a ser implantado) do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

Quando houver ocorrências, o encarregado deverá entregar ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** através do Núcleo Geral de Manutenção a solicitação por escrito devidamente preenchido e assinado ou através do sistema informatizado (a ser criado).

Exemplos de ocorrências mais comuns e que devem ser apontadas:

a) Vazamentos na torneira ou no sifão de lavatórios e chuveiros;
b) Saboneteiras E Toalheiros Quebrados;
c) Lâmpadas queimadas ou piscando;
d) Tomadas e espelhos soltos;

e) Fios desencapados;
f) Janelas, fechaduras ou vidros quebrados;
g) Carpete Solto;
h) Piso com fissuras ou soltos,entre outras.

USO RACIONAL DA ÁGUA

A CONTRATADA deverá capacitar parte do seu pessoal quanto ao uso racional da água.
A CONTRATADA deverá adotar medidas para evitar o desperdício de água tratada.
Colaborar com as medidas de redução de consumo e uso racional da água, cujos encarregados devem atuar como facilitadores das mudanças de comportamento de empregados da CONTRATADA.
Sempre que adequado e necessário, a CONTRATADA deverá utilizar-se de equipamento de limpeza com jatos de vapor de água saturada sob pressão. Trata-se de alternativa de inovação tecnológica de cuja utilização será precedida de avaliação pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** das vantagens e desvantagens. Em caso de utilização de lavadoras, sempre adotar as de pressão com vazão máxima de 360 litros/hora.
Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos que promovam a redução do consumo de água.

USO RACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo.
Durante a limpeza noturna, quando permitida, acender apenas as luzes das áreas que estiverem sendo ocupadas.
Comunicar ao Núcleo Geral de Manutenção do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** sobre equipamentos com mau funcionamento ou danificados como lâmpadas queimadas ou piscando, zumbido excessivo em reatores de luminárias e mau funcionamento de instalações energizadas.
Sugerir, ao Núcleo Geral de Manutenção do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** locais e medidas que tenham a possibilidade de redução do consumo de energia, tais como: desligamento de sistemas de iluminação, instalação de interruptores, instalação de sensores de presença, rebaixamento de luminárias etc.
Ao remover o pó de cortinas ou persianas, verificar se estas não se encontram impedindo a saída do ar condicionado ou aparelho equivalente.

Verificar se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos de limpeza, sistema de proteção elétrica e as condições de segurança de extensões elétricas utilizadas em aspiradores de pó, enceradeiras, etc.

Realizar verificações e, se for o caso, manutenções periódicas nos seus aparelhos elétricos, extensões, filtros, recipientes dos aspiradores de pó e nas escovas das enceradeiras. Evitar ao máximo o uso de extensões elétricas.

Repassar a seus empregados todas as orientações referentes à redução do consumo de energia fornecidas pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** .

REDUÇÃO DE PRODUÇÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS

Separar e acondicionar em local específico no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** as pilhas e baterias dispostas para descarte que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, ou aos estabelecimentos que as comercializam ou à rede de assistência técnica autorizada pelas respectivas indústrias, para repasse aos fabricantes ou importadores, para que esses adotem, diretamente ou por meio de terceiros, os procedimentos de reutilização, reciclagem, tratamento ou disposição final ambientalmente adequada, em face dos impactos negativos causados ao meio ambiente pelo descarte inadequado desses materiais. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA no 401, de 5/11/2008, que revoga a Resolução CONAMA no 257 de 30/06/1999.

Tratamento idêntico deverá ser dispensado a lâmpadas fluorescentes e frascos de aerossóis em geral.

Encaminhar os pneumáticos inservíveis abandonados ou dispostos inadequadamente, aos fabricantes para destinação final, ambientalmente adequada, tendo em vista que esses constituem passivo ambiental, que resulta em sério risco ao meio ambiente e à saúde pública. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA no 258, de 26 de agosto de 1999.

Quando implantado pelo Contratante Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, colaborar de forma efetiva no desenvolvimento das atividades do programa interno de separação de resíduos sólidos, em recipientes para coleta seletiva, disponibilizados pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

No Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, a Contratada deverá observar as seguintes regras:

Materiais não recicláveis:

Materiais para os quais ainda não são aplicadas técnicas de reaproveitamento, os quais são denominados REJEITOS, tais como: lixo de banheiro, papel higiênico, lenço de papel e outros

como: cerâmicas, pratos, vidros pirex e similares; trapos e roupas sujas, cinza e ciscos (que deverão ser segregados e acondicionados separadamente para destinação adequada), acrílico, lâmpadas fluorescentes (acondicionadas em separado), papéis plastificados, metalizados ou parafinados, papel carbono e fotografias, fitas e etiquetas adesivas, copos descartáveis de papel, espelhos, vidros planos, cristais, pilhas (acondicionadas em separado e enviadas para fabricante).

Materiais recicláveis

Para os materiais secos recicláveis, deverá ser seguida a padronização do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** para coleta de material reciclável em recipiente próprio com saco na cor azul.

Quando implantadas pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA – HERSO** operações de compostagem/ fabricação de adubo orgânico, a Contratada deverá separar os resíduos orgânicos da varrição de parques (folhas, gravetos etc.) e encaminhá-los posteriormente para as referidas operações, de modo a evitar sua disposição em aterro sanitário.
Fornecer sacos de lixo nos tamanhos adequados à sua utilização, com vistas à otimização em seu uso, bem como, a redução da destinação de resíduos sólidos.
Otimizar a utilização dos sacos de lixo, de cujo fornecimento é de sua responsabilidade, adequando sua disponibilização quanto à capacidade e necessidade, esgotando dentro do bom senso e da razoabilidade o volume útil de acondicionamento, objetivando a redução da destinação de resíduos sólidos.
Observar, quando pertinente, as disposições legais quanto à organização de sistemas de coleta seletiva nos Grandes Geradores de Resíduos Sólidos, bem como o recolhimento periódico dos resíduos coletados e o envio destes para locais adequados, que garantam o seu bom aproveitamento, ou seja, a reciclagem.

SANEANTES DOMISSANITÁRIOS

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de produtos biodegradáveis, observando o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana nos termos da Portaria 15/MS/SNVS, de 23 de agosto de 1988.
Utilizar racionalmente os saneantes domissanitários de cuja aplicação nos serviços deverá observar regra basilar de menor toxidade, livre de corantes e redução drástica de hipoclorito de sódio.

Manter critérios de qualificação de fornecedores levando em consideração as ações ambientais por esses realizadas.

Observar rigorosamente, quando da aplicação e/ou manipulação de detergentes e seus congeneres, no que se refere ao atendimento das prescrições do artigo 44, da Lei no 6.360 de 23 de setembro de 1976 e do artigo 67, do Decreto no 79.094 de 05 de janeiro de 1977, as prescrições da Resolução Normativa no 1, de 25 de outubro de 1978, de cujos itens de controle e fiscalização por parte das autoridades sanitárias e do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

Não utilizar na manipulação, sob nenhuma hipótese, os corantes relacionados no Anexo I da Portaria no 09/MS/SNVS, de 10 de abril de 1987, visto que a relação risco x benefício pertinente aos corantes relacionados no Anexo I é francamente desfavorável à sua utilização em produtos de uso rotineiro por seres humanos.

Fornecer saneantes domissanitários devidamente registrados no órgão de vigilância sanitária competente do Ministério da Saúde (artigos 14 e 15 do Decreto no 79.094, de 05 de janeiro de 1997, que regulamenta a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976).

Não se utilizar, na prestação dos serviços, conforme Resolução ANVISA RE no 913, de 25 de junho de 2001, de saneantes domissanitários de Risco I, listados pelo art. 5o da Resolução RDC no 184 de 22 de outubro de 2001, que revoga a Resolução no 336, de 30 de julho de 1999.

Fica terminantemente proibida a aplicação de saneantes domissanitários fortemente alcalinos apresentados sob a forma de líquido premido (aerossol), ou líquido para pulverização, tais como produtos para limpeza de fornos e desincrustação de gorduras, conforme Portaria DISAD – Divisão Nacional de Vigilância Sanitária no 8, de 10 de abril de1987 e no 13/MS/SNVS de 20 de junho de 1988.

Observar a rotulagem quanto aos produtos desinfetantes domissanitários, conforme Resolução RDC no 326, de 09 de novembro de 2005, que revoga a Resolução RDC no 174, de 08 de julho de 2003, e os anexos 4 e 5 da Portaria 321/MS/SNVS, de 08/08/1997.

Em face da necessidade de ser preservada a qualidade dos recursos hídricos naturais, de importância fundamental para a saúde, somente aplicar saneantes domissanitários de cujas substâncias tensoativas aniônicas, utilizadas em sua composição sejam biodegradáveis, conforme disposições da Portaria no 874, de 05 de novembro de1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre Biodegradabilidade dos Tensoativos Aniônicos para Produtos Saneantes Domissanitários.

Considera-se biodegradável a substância tensoativa susceptível de decomposição e biodegradação por microorganismos; com grau de biodegradabilidade mínimo de 90%. Para essa finalidade específica, fica definido como referência de biodegradabilidade o n- dodecilbenzeno sulfonato de sódio. A verificação da biodegradabilidade será realizada pela análise da substância tensoativa aniônica utilizada na formulação do saneante ou no produto acabado;

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** poderá coletar uma vez por mes, e sempre que entender necessário, amostras de saneantes domissanitários, que deverão ser devidamente acondicionadas em recipientes esterilizados e lacrados, para análises laboratoriais.

Os laudos laboratoriais deverão ser elaborados por laboratórios habilitados pela Vigilancia Sanitária. Deverão constar obrigatoriamente do laudo laboratorial, além do resultado dos ensaios de biodegradabilidade, os resultados da análise química da amostra analisada.

Quando da aplicação de álcool, deverá se observar a Resolução RDC no 46, de 20de fevereiro de 2002 que aprova o Regulamento Técnico para o álcool etílico hidratado em todas as graduações e álcool etílico anidro.

Fica terminantemente proibida a aplicação de produtos que contenham benzeno em sua composição, conforme Resolução - RDC no 252, de 16 de setembro de 2003, em face da necessidade de serem adotados procedimentos para reduzir a exposição da população frente aos riscos avaliados pela IARC – International Agency Researcho Cancer, Agência de pesquisa referenciada pela OMS - Organização Mundial de Saúde, para analisar compostos suspeitos de causarem câncer. Uma vez que a substância foi categorizada como cancerígena para humanos, a necessidade de resguardar a saúde humana e o meio ambiente e considerando os riscos de exposição, a tornam incompatível com as precauções recomendadas pela Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, Decreto no 79.094, de 5 de janeiro de 1977 e a Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990.

Fica proibida a aplicação de saneantes domissanitários que apresentem associação de inseticidas a ceras para assoalhos, impermeabilizantes, polidores e outros produtos de limpeza, nos termos da Resolução Normativa CNS n°01, de 04 de abril de 1979.

Os produtos químicos relacionados pela Contratada, de acordo com sua composição, fabricante e utilização, deverão ter registro no Ministério da Saúde e serem comprovados mediante apresentação de cópia reprográfica autenticada (frente e verso) do Certificado de Registro expedido pela Divisão de Produtos (DIPROD) e/ou Divisão de Produtos Saneantes Domissanitários (DISAD), da Secretaria Nacional de Vigilancia Sanitária do Ministério da Saúde.

Recomenda-se que a CONTRATADA utilize produtos detergentes de baixas concentrações e baixos teores de fosfato. Apresentar ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrencias que possam surgir com empregados da CONTRATADA, ou com terceiros.

POLUIÇÃO SONORA

Para seus equipamentos de limpeza que gerem ruído em seu funcionamento, observar a necessidade de Selo Ruído, como forma de indicação do nível de potência sonora, medido em decibel - Db(A), conforme Resolução CONAMA no 020, de 07 de dezembro de 1994, em face do ruído excessivo causar prejuízo à saúde física e mental, afetando particularmente a audição.

A utilização de tecnologias adequadas e conhecidas permite atender às necessidades de redução de níveis de ruído.

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

Exercer a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados denominados por FISCAL DO CONTRATO emitindo, mensalmente, relatório sobre a qualidade dos serviços prestados.

Indicar e disponibilizar as instalações necessárias à execução dos serviços.
Relacionar as dependências das instalações físicas, bem como os bens de sua propriedade que serão disponibilizados para a execução dos serviços, quando for o caso, com a indicação do estado de conservação.
Efetuar o controle de qualidade dos serviços prestados, mediante formulários de avaliação destinados para esse fim. A avaliação será realizada pela chefia imediata de cada setor ou serviço.
Fornecer à CONTRATADA, se solicitado, o "Formulário de Ocorrências para Manutenção".
Receber da CONTRATADA as comunicações registradas no "Formulário de Ocorrências" devidamente preenchido e assinado, encaminhando-os aos setores competentes para as providências cabíveis.
Disponibilizar os Programas de redução de energia elétrica, uso racional de água e o Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, recipientes coletores adequados para a coleta seletiva dos materiais.
Facilitar, por todos seus meios, o exercício das funções da CONTRATADA, dando-lhe acesso às suas instalações.
Identificar os locais de geração de resíduos por Grupo constantes no Plano de Gerenciamento de Resíduos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

Elaborar e distribuir manuais de procedimentos para ocorrências relativas ao descarte de materiais potencialmente poluidores, a serem observados tanto pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** como pela CONTRATADA:
Indicar e providenciar o local dos descartes, encontrados pela CONTRATADA durante a execução dos serviços, de pilhas e baterias que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, responsabilizando- se pela entrega aos estabelecimentos que as comercializam ou à rede de assistência técnica autorizada pelas respectivas indústrias, para o tratamento ou destinação final.
Tratamento idêntico deverá ser dispensado a lâmpadas fluorescentes e frascos de aerossóis em geral.

Indicar e providenciar o local dos pneumáticos inservíveis, abandonados ou dispostos inadequadamente e encontrados pela Contratada durante a execução dos serviços, responsabilizando-se pelo encaminhamento aos fabricantes para a devida destinação final.
Cumprir suas obrigações estabelecidas neste contrato.
Prestar informações e esclarecimentos que eventualmente venham a ser solicitados pela CONTRATADA e que digam respeito à natureza dos serviços que tenham de executar.
Indicar local para utilização como vestiários pelos funcionários da contratada.

FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Será considerado FISCAL DO CONTRATO, o colaborador indicado pela Direção Administrativa do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** com a função de ser o interlocutor entre à direção do hospital com a empresa vencedora.

A CONTRATADA é a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços nas áreas assistenciais constantes deste contrato. À CONTRATANTE é reservado o direito de, sem de qualquer forma restringir a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização dos serviços, através do FISCAL DO CONTRATO:

Ordenar a imediata retirada do local, bem como substituição de funcionário da CONTRATADA que estiver sem uniforme ou crachá, que embaraçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, inconveniente;
Solicitar aos supervisores/encarregados da CONTRATADA o reparo/correção de eventual imperfeição na execução dos serviços;
Examinar as Carteiras Profissionais dos prestadores de serviços, para comprovar o registro de função profissional;

Solicitar à CONTRATADA a substituição de qualquer produto, material, utensílio ou equipamento, cujo uso considere prejudicial à boa conservação de seus pertences, equipamentos ou instalações, ou ainda, que não atendam às necessidades;
Executar mensalmente a medição dos serviços efetivamente prestados, descontando-se o equivalente aos não realizados, desde que por motivos imputáveis à CONTRATADA, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato;
Efetuar a avaliação mensal dos serviços de limpeza da qualidade dos serviços, utilizando-se da metodologia de Avaliação da Qualidade dos Serviços;
Elaborar e encaminhar à CONTRATADA o Relatório Mensal de Qualidade dos Serviços de Limpeza, para conhecimento da avaliação e do fator de desconto a ser efetuado no valor a ser faturado pelos serviços prestados.

HORÁRIOS DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Para a execução dos serviços de limpeza, deverão ser observadas a localização, classificação, frequência e horários de limpeza.

Os horários de execução dos serviços para cada área devem ser definidos de forma a atender as necessidades, em função das especificidades requeridas por cada ambiente, lembrando sempre que o horário de funcionamento do setor não é determinante para a fixação do horário de execução dos serviços de limpeza, pois a necessidade de limpeza não necessariamente deve ocorrer durante todo o horário de funcionamento do ambiente.

REGIME DE CONTRATAÇÃO

A contratação se dará por postos de serviços, 07 dias da semana, de acordo com a distribuição e rotinas do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

MEDIÇÃO DOS SERVIÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

A CONTRATADA apresentará a cada mes, à Direção Administrativa do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** a nota fiscal/fatura correspondente aos serviços prestados no mes imediatamente anterior.No primeiro dia útil após o final de cada mes e antes da emissão da nota fiscal/fatura a Contratada deverá remeter ao FISCAL DO CONTRATO do Hospital o relatório contendo o nome de cada profissional e local onde

se encontra prestando serviços e as modificações ocorridas durante o mês a fim de sejam feitas as considerações pelos responsáveis.

Para a emissão da fatura, deverá ser considerado o valor mensal da prestação dos serviços, descontados os períodos de serviços não trabalhados.

O valor do desconto por falta de funcionário será equivalente ao valor diário dos serviços de um funcionário multiplicado pelo número de faltas, valor esse que será obtido pela divisão do valor mensal pelo número de funcionários, multiplicando o resultado pelo número de dias de faltas apurados pela equipe de gestão do contrato.

A ausência será configurada se, após 02 (duas) horas da comunicação do FISCAL DO CONTRATO ao encarregado da CONTRATADA, esta não providenciar a reposição.

Após o aceite, a Nota Fiscal/Fatura será encaminhada para pagamento acompanhada da planilha que se destina a avaliação da qualidade dos serviços, controle dos materiais fornecidos e o cumprimento da carga horária efetivamente trabalhada, assinado FISCAL DO CONTRATO.

O prazo de pagamento será de 20 (vinte) dias, contados a partir da data da fatura aceita pela Diretoria Administrativa do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

Os Proponentes deverão apresentar conforme disposto em edital:

No mínimo um atestado de capacitação técnica, emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove que a realização de serviços de limpeza hospitalar, conforme o objeto deste edital. Este atestado deverá conter necessariamente a especificação dos serviços executados.
Alvará Sanitário ou da Licença de Funcionamento da licitante, expedida pelo serviço de vigilância sanitária, em vigência, conforme Código Sanitário e Leis Complementares. Não será aceito Protocolo de Licença Inicial ou de Renovação.
Comprovar que manterá junto a seus funcionários o PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, e com exames médicos periódicos para a avaliação do participante junto à contratação.

Os Proponentes deverão, a seu critério, realizar visita técnica para conhecimento das condições dos serviços, tomando conhecimento de todos os aspectos que possam influir direta ou indiretamente na sua execução. A declaração de visita técnica ou de que conhece a estrutura do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

A visita técnica para conhecimento das condições locais dos serviços deverá ser realizada a expensas do proponente, durante o período de publicidade da cotação de preços, em dias úteis, devendo a empresa interessada agendá-la na Coordenadoria Administrativa do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

FORMULAÇÃO DE PROPOSTAS

O Proponente deverá apresentar preço unitário, total mensal e total anual para o total de postos, considerando a mão de obra qualificada, valores totais para o fornecimento dos produtos saneantes domissanitários, materiais e equipamentos, expressos em números, na moeda corrente nacional, com no máximo 02 (duas) casas decimais.

Os preços deverão ser apresentados com a inclusão de todos os custos operacionais da atividade e os tributos que eventualmente possam incidir sobre eles, bem como as demais despesas diretas e indiretas, sem que caiba direito ao proponente de reivindicar custos adicionais diretos ou indiretos.

Quaisquer tributos, custos e despesas diretas ou indiretas, omitidos na proposta ou incorretamente cotados, serão considerados como inclusos, não sendo aceitos pleitos de acréscimos a qualquer título.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Fica proibida a utilização de cordas para a execução de serviços de limpeza externa de vidros.

Todos os produtos, materiais e equipamentos devem ser submetidos à prévia apreciação e aprovação da SCIRAS do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

A CONTRATADA deve apresentar relação dos equipamentos e materiais de proteção individual e coletiva (EPI's e EPC's) utilizados por seus funcionários, tais como: bota de borracha, capa de chuva, balancim, cinto de segurança, luvas, avental, máscara, gorro e outros que deverão ser

apresentados ao SESMT do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** para avaliação e validação.

As técnicas de limpeza e soluções a serem utilizadas nas atividades descritas, observarão o disposto na Portaria n.o2.616, de 12/05/98, do Ministério da Saúde, no Manual de Procedimento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde - 1994 e no Manual de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde -1985.

As técnicas e procedimentos para a coleta de resíduos de serviço de saúde, deverão observar as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 12.810, NBR 12.807 e NBR 12.809 e suas atualizações ou outras que vierem substituí-las.

Todos os materiais, equipamentos e produtos químicos a serem utilizados na prestação dos serviços, deverão ser fornecidos e distribuídos em quantidades necessárias e suficientes para a execução dos serviços, exceto os itens de higiene pessoal.

A Limpeza Hospitalar/assemelhado deve seguir normas técnicas recomendadas pela ANVISA, FISCAL DO CONTRATO e SCIRAS, principalmente no que diz respeito a treinamento, reciclagem e supervisão sistemática do pessoal, relatório de ocorrências e demais determinações.

5.10.6. Norma para Realização dos Procedimentos de Contratação de Prestação de Serviços e Terceiros – Vigilância

OBJETIVO

Definir as normas, procedimentos, critérios e responsabilidades relativos ao processo de qualificação, seleção e avaliação sistemática (contínua) de prestadores de serviços "terceirizados", de forma a assegurar a sua aptidão para fornecer serviços e produtos de acordo com os requisitos estabelecidos pelo **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, garantindo-se assim a eficácia e a eficiência dos processos de acordo com a sua capacidade técnica e operacional.

Na gestão do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** os serviços prestados no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** de Lavanderia, Limpeza, Manutenção predial, Engenharia Clínica e Serviço de Nutrição e Dietética (SND) serão prestadores de serviços terceirizados através de contratos de Pessoas Jurídicas (PJ).

CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se aos Fornecedores de produtos e serviços, destinados a consumo e/ou utilização interna. Os critérios utilizados na sua avaliação baseiam-se no nível de qualidade dos produtos fornecidos e dos serviços prestados.

TIPO DE FORNECIMENTOS

- Serviços
- Produtos

DOCUMENTAÇÃO

Dependendo do ramo de atuação da empresa fornecedora, serão exigidas documentações específicas.

A documentação exigida para o cadastramento de fornecedores constitui-se do critério básico para o processo de seleção. São exigidos os seguintes documentos:

Para Serviços:

- Cartão CNPJ
- Certidão Negativa de Débitos Federais – Previdência (INSS)
- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão de Recolhimento do FGTS
- Contrato Social e Alterações ou Certificado MEI
- Certidão do Ministério do Trabalho
- Certificado de Responsabilidade Técnica (CRM, CREA, CRN, OAB, CRA, CREFITO, etc.)
- Balanço Patrimonial e Demonstrações Contábeis (vedada substituição por balancetes/ balanços provisórios), que devem ser atualizados a cada encerramento de exercício social, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.
- Regime Tributário.

Equipamentos Médico-Hospitalares

- Cartão CNPJ

- Certidão Negativa de Débitos Federais – Previdência (INSS)
- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Contrato Social e Alterações ou Certificado MEI
- Certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-4
- Manual de Boas Práticas de Fabricação expedido pela ANVISA, para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV – obrigatório para fabricante
- Certificados emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros) – obrigatória para fabricante e distribuidor
- Licença da Vigilância Sanitária
- Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE)

Alimentação:

- Cartão CNPJ
- Certidão Negativa de Débitos Federais – Previdência (INSS)
- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão de Recolhimento do FGTS
- Contrato Social e Alterações ou Certificado MEI
- Certidão do Ministério do Trabalho
- Manual de Boas Práticas de Fabricação e/ou de Armazenagem
- Certificado de Responsabilidade Técnica (CRM, CREA, CRN, CRQ)
- Certificado de Qualificação e/ou Manual de Boas Práticas e/ou Visistas Técnicas e Roteiro de Visita (FR-SD-022)
- Licença da Vigilância Sanitária
- Regime Tributário

Rouparia:

- Cartão CNPJ
- Certidão Negativa de Débitos Federais – Previdência (INSS)
- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão de Recolhimento do FGTS
- Contrato Social e Alterações ou Certificado MEI

- Certidão do Ministério do Trabalho
- Licença ou Alvará de Funcionamento
- Regime Tributário

Do envio dos documentos:

Todas as documentações exigidas devem ser enviadas somente via e-mail para o endereço eletrônico xxx@xxxxx.org.br ou pelo site institucional www.xxxx.org.br , no formato PDF. Elas serão analisadas em relação à autenticidade e validade, e somente depois inseridas no sistema interno do Instituto. O prazo máximo para validação é de três dias úteis.

PROCEDIMENTOS

QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

Identificação da necessidade de qualificar o fornecedor

A1) O processo de homologação e qualificação dos fornecedores compete à Gerencia de Compras/Suprimentos, que analisará alternativas para uma nova parceria, atendendo sempre aos pré-requisitos comerciais e legais.
A2) Para dar início ao processo, é solicitado ao Gerente de Compras/Suprimentos que qualifique um (novo) Fornecedor. Na sequência dessa solicitação, o Gerente de Compras/Suprimentos é responsável pelo envio do Formulário de Homologação de Fornecedores.
A3) A Qualificação do fornecedor deve ser realizada antes da contratação do fornecedor e serve para a avaliar se o está apto a prestar os serviços de acordo com as exigências da Instituição.

Após receber a documentação do fornecedor, é feita uma análise criteriosa. Estando os documentos em conformidade com os padrões legais é iniciado o processo de homologação no sistema interno do Instituto. Caso falte algum documento, o fornecedor é alertado sobre a pendência. Assim que toda a documentação estiver completa, o processo de homologação é concluído.

Sempre que necessário, deve ser pedida documentação técnica (ex: catálogos, listas de preços, referências, etc.) ao Fornecedor, que permita complementar o seu processo de qualificação.

Fornecedor Qualificado: Fornecedor que o Instituto considera ser capaz de fornecer produtos ou serviços, são os que cumprem com os requisitos especificados. A experiência acumulada relativamente ao desempenho (positivo) de um Fornecedor corrente, tendo por base o resultado dos fornecimentos efetuados até à data, é razão suficiente para a sua inclusão automática na Lista de Fornecedores Qualificados. Um Fornecedor pré-qualificado é um Fornecedor que transmite um elevado nível de confiança quanto à sua capacidade para fornecer, no futuro, o produto e/ou serviço com a qualidade desejada e de forma permanente.

Fornecedor não Qualificado: Fornecedor que o Instituto considera não ser capaz de cumprir, de forma sustentada, com os requisitos especificados. Para além da informação constante do formulário devolvido, existem ainda outros critérios que podem sustentar a sua não qualificação, nomeadamente os seguintes: informação negativa recolhida no mercado, dúvidas sobre a sua real capacidade para cumprir com os requisitos estabelecidos, respostas negativas, no questionário devolvido, indiciando total alheamento em relação aos aspetos da garantia da qualidade, existência de Fornecedor alternativo com melhor potencial de desempenho, não cumprimento de requisitos legais, bem como a entrega de documentos. Um Fornecedor não qualificado pode ser submetido posteriormente a um novo processo de qualificação inicial.

Inclusão na lista de fornecedores qualificados

Os Fornecedores pré-qualificados passam a integrar a Lista de Fornecedores Qualificados em vigor.

Caso o Fornecedor não qualificado seja considerado como não substituível por Fornecedor alternativo (ex.: Fornecedor exclusivo), a sua inclusão na Lista de Fornecedores Qualificados ficará dependente da aprovação pela Diretoria.

Neste caso, constará como Fornecedor aprovado, mas com restrição o que significa que será sujeito a uma avaliação rigorosa mais frequente.

Fornecedores Críticos

São considerados fornecedores críticos aqueles que, se não acompanhados, podem comprometer de forma relevante a assistência direta ao paciente ou a manutenção de serviços essenciais de apoio.

Para qualificação de fornecedores e efetivo acompanhamento durante o relacionamento comercial, para fornecedores críticos, será efetuada visita técnica anual por equipe Multiprofissional do Instituto, cuja função será validar as condições de fabricação e fornecimento.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE FORNECEDORES

O atendimento aos requisitos e a informação de atuação dos fornecedores se efetiva através do instrumento de avaliação de desempenho dos fornecedores.

Os fornecedores são avaliados através das seguintes ocorrências:

Classificação das ocorrências

As ocorrências são classificadas conforme impacto no processo:

- **Leve: 1 ponto**
- **Média: 2 pontos**
- **Grave: 3 pontos**
- **Gravíssima: 4 pontos**

TIPO DE OCORRÊNCIA	PONTUAÇÃO
Atraso na entrega	1
Atraso na entrega acima de 10 dias	4
Produto danificado – transporte indevido	3
Entrega em local errado	2
Material de outro destinatário	1
Material correto com nota fiscal (errada) trocada	3
Atendimento	2

Retorno de cotação/orçamento	**2**
Informações sobre o produto	**3**
Retorno de avaliação Fornecedor	**2**
Demora para visita-orçamento p/ execução de serviço	**2**
Demora atendimento chamado execução serviço	**2**
Demora na retirada de materiais	**2**
Troca de produto em desacordo com pedido	**3**
Troca de produto com defeito errado	**3**
Troca de produto por pedido errado	**2**
Assistência técnica	**2**
Garantia	**2**
Devolução por desacordo com pedido	**3**
Devolução por falta de pedido	**2**
Produto fora do prazo de validade	**4**
Danificado por problemas de embalagem	**2**
Prejudicado por substancias alheias	**2**
Material reprovado	**3**
Material fora das	**3**

especificações	
Alteração de preço após negociação fechada	**4**
Preço errado	**3**
Desconto no valor do produto	**2**
Redução de vida útil por motivo alheio	**3**
Produto de má qualidade	**4**
Fora do prazo negociado	**3**
Produto ou serviço sem garantia	**3**
Cobrança enviada 05 dias antes do vencimento	**3**
Cobrança não enviada	**3**
Acidente / Incidental Ambiental	**4**
Falta do envio de documentação solicitada	**4**
Incidente desvio Comportamental	**4**
Apresentação pessoal Colaboradores	**4**
Estado de conservação do equipamento	**4**
Não cumprimento de procedimento / regras	**2**
Atraso / ausência não justificada	**3**
Falta de reposição de pessoal	**4**

Sempre que houver reclamação formal o fornecedor será notificado através da Reclamação Formal por meio de formulário, onde o mesmo deverá definir ações que venham a corrigir o problema constatado pelo Instituto o recebimento da resposta será monitorado.

Ação Corretiva: Sempre que for identificado um não atendimento a algum item da avaliação de fornecedor, o gestor do contrato deverá negociar um plano de ação para a correção das divergências, cuja eficácia deverá ser analisada no próximo ciclo de avaliação.

Reavaliação (Análise e Avaliação anual): O processo de avaliação ocorre de maneira contínua, com análises trimestrais, considerando o número de Ocorrências de não conformidade registradas. A média das pontuações dos trimestres irá gerar o Conceito Anual de Avaliação do Fornecedor. Trimestralmente, os Fornecedores Críticos (estabelecidos com base na Curva A) serão comunicados quanto ao seu desempenho, baseado nas ocorrências registradas no período. O modelo de análise de desempenho obedece a uma metodologia de cálculo específica, conforme segue:

Metodologia de cálculo

Nº de Ocorrências	Pontuação
Zero	100
1 a 2	85
2 a 6	60
7 a 10	30
>10	10

Fórmula: CAF = (PEx30) + (EA x 35) + (QPS x35) /100
Onde:
Conceito de Avaliação do Fornecedor (CAF)
Pontualidade na entrega (PE)
Eficiência no Atendimento (EA)
Qualidade dos Produtos e Serviços (QPS)

Conceituação

Pontuação	Conceito
100	Excelente
≤ 99,9 ≥ 90,0	Muito Bom
≤ 99,9 ≥ 90,0	Bom
≤ 69,9 ≥ 60,0	Regular
≤ 59,9	Ruim

Conceito de Avaliação do Fornecedor (CAF)	Nº de Ocorrências
Pontualidade na entrega (PE)	2
Eficiência no Atendimento (EA)	1
Qualidade dos Produtos e Serviços (QPS)	0

CAF = ((85 x 30) + (85 x 35) + (100 x 35)) / 100
CAF = 86,00
Conceito = Bom

A pontuação determina o conceito obtido pelo fornecedor e a partir deste, quais as ações a serem tomadas pelo Departamento de Compras/Contratos, conforme segue:

CONCEITO	AÇÃO
Excelente (100 pontos)	Será enviado ao fornecedor o comunicado por e-mail relatando o bom desempenho
Muito Bom e Bom (≤ 99,9 e ≥ 70,0 pontos)	Será enviado ao fornecedor um relatório por e-mail com as não conformidades identificadas no período; O fornecedor deve informar as melhorias que serão implementadas e as evidências destas melhorias;

Regular e Ruim (≤ 69,9 pontos)	**Será enviado ao fornecedor um relatório por e-mail com as não conformidades identificadas no período; O fornecedor deve informar as melhorias que serão implementadas e as evidências destas melhorias; O fornecedor deverá passar pelo critério de homologação desde o início para fornecer novamente do Instituto.**

VIGILÂNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

PREÂMBULO

O presente instrumento tem por objetivo estabelecer parâmetros e especificações técnicas com o intuito de disciplinar a contratação de pessoa jurídica para prestação de serviços em vigilância humana de XX posto de vigilância armada (vinte e quatro) horas e XX posto de vigilância desarmada (vinte e quatro) horas, de domingo a domingo, incluindo feriados para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** em conformidade com os requisitos e condições estatuídos no presente Termo de Referência e Política de Contratação de Obras e Serviços **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**.

JUSTIFICATIVA

A presente contratação tem por objetivo atender às necessidades dos serviços de vigilância armada diurna e noturna, garantindo assim a segurança e integridade física dos servidores da instituição e de outras pessoas envolvidas em atividades dentro da unidade de conservação e garantir a integridade de todo o acervo patrimonial da instituição contra a ação de terceiros, não permitindo a sua depredação, violação, evasão e apropriação indébita.
Neste contexto justifica-se a necessidade de contratar empresa especializada na prestação de serviços de vigilância armada diurna e noturna, de natureza contínua.

PROPOSTA DE PREÇO

A proposta de preço a ser encaminhada obrigatoriamente deverá conter os preços individuais de cada item, possuir timbre da empresa proponente, telefone de contato, endereço eletrônico de contato e nome de contato do responsável pela proposta de preço.
Esta será encaminhada para o endereço eletrônico institucional até a data de XX.XX.2023, em documento eletrônico em formato PDF com o título do correio eletrônico: NOME DA PROPONENTE - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE VIGIL NCIA ARMADA.

CONTRATAÇÃO

Será contratado o proponente que apresentar o menor preço e que reúna as condições necessárias para contratação conforme descrito neste Termo de Referência, podendo haver ainda livre negociação entre o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** e os proponentes para aquisição de condições mais vantajosas.

PRAZOS DE CONTRATAÇÃO

A contratação dos serviços descritos nesse Termo de Referência será por 12 (doze meses), podendo ser prorrogável até 60 (sessenta) meses, por meio de aditivos de 12 (doze) meses cada.

REAJUSTE

O contrato será reajustado a cada 12 (doze) meses pelo IGP-M acumulado do ano.

OBRIGAÇÕES

Prestação de serviço de vigilância humana armada de XX posto de vigilância armada 24 (vinte e quatro) horas armado, de domingo a domingo, incluídos feriados, dentro dos padrões de qualidade e eficiência para o serviço.
Apresentar, previamente ao início da contratação, relação dos funcionários que executarão os serviços, podendo a CONTRATANTE, a qualquer tempo, solicitar a substituição daquele que por qualquer motivo, torne inoportuna sua permanência, inclusive quanto ao fato de não ser capaz de tomar decisões compatíveis com as atividades a serem realizadas.
Fornece uniforme, EPI, munição de fogo e arma para os profissionais, e exigir o seu uso, bem como dos respectivos crachás de identificação durante o exercício de suas atividades.
Substituir o empregado ausente em suas faltas ao serviço e nos seus afastamentos legais.

Fornecer à CONTRATANTE, mensalmente, cópias dos comprovantes do recolhimento dos encargos sociais, bem como a comprovação de que realizou o pagamento dos serviços prestados pelo funcionário referentes ao mês anterior.

Diligenciar para que seus empregados tratem com urbanidade e cortesia o pessoal do CONTRATANTE, bem como usuários da unidade.

Manter disciplina nos locais de serviço, substituindo, no prazo máximo de vinte e quatro horas, após notificação, qualquer empregado considerado com conduta inconveniente pela Coordenação da unidade de saúde.

Manter empregados aptos com cursos de formação e reciclagem, que são válidos por 02 (dois) anos (conforme Portaria nº 387/2006 DG/DPF, Capítulo XI, Art. 110, § 7º), para a execução dos serviços de segurança objeto deste contrato.

Prestar os serviços ora contratados através de seus colaboradores, devidamente habilitados e equipados conforme norma de segurança do trabalho para o setor, os quais não terão nenhum vínculo empregatício com o CONTRATANTE, em nenhuma hipótese.

Responder por qualquer prejuízo que seus empregados ou prepostos causarem ao patrimônio do CONTRATANTE ou a terceiros, decorrente de ação ou omissão culposa ou dolosa, procedendo imediatamente os reparos ou indenizações cabíveis e assumindo o ônus decorrente.

Manter, durante todo o período de vigência do Contrato, todas as condições que ensejaram a contratação, particularmente no que tange à regularidade fiscal, qualificação técnica, registros obrigatórios e cumprimento da proposta.

Cuidar da regularidade obrigacional derivada do vínculo e subordinação com o pessoal envolvido direta ou indiretamente na execução deste Contrato, adimplindo com toda e qualquer obrigação fiscal e trabalhista decorrente da prestação de serviços dos seus cooperados/funcionários, principalmente no que tange a ISS, PIS, COFINS, FGTS e INSS.

Sanar eventuais irregularidades ou correções apontadas pelo CONTRATANTE quanto à apresentação de relatórios e/ou de cada etapa dos serviços.

Providenciar a emissão da Nota Fiscal de Serviço de acordo com os valores contratados, até dia 10 (dez) do mês subsequente da efetiva prestação do serviço, no qual deverá vir instruído com das Certidões de Regularidades Fiscais Federais (Conjunta, CRF e Previdenciária), Municipal (ISSQN) e. Trabalhista (TST), que porventura tenham vencido, sob pena de suspensão do pagamento, até sanar a irregularidade, ou no mês seguinte em caso de atraso do envio da NFS.

Responder ao órgão público conveniente, quando diretamente procurado por este, obrigando-se a informar, explicar ou complementar o trabalho apresentado por sua solicitação.

A CONTRATADA declara conhecer e aceitar, bem como se obriga a cumprir e fazer cumprir as normas de medicina e segurança no trabalho estabelecidas na Lei 6.514, de 22/12/77 e portaria 3.214, de 08/06/78 do Ministério do Trabalho e Emprego, abrangendo todas as Normas Regulamentadoras - NR's e demais disposições, bem como as normas internas da

CONTRATANTE, ficando sob responsabilidade da CONTRATADA a divulgação e cumprimento de tais normas entre seus empregados relacionados com a execução do objeto deste contrato.
A CONTRATADA declara conhecer e se obriga a obedecer e cumprir as exigências técnicas e legais no desempenho dos serviços ora contratados, bem como declara possuir todos os documentos, licenças e autorizações necessárias aos exercícios de suas atividades e cumprimento do presente instrumento e, ainda, obriga-se a fornecer todos os materiais, equipe especializada e a cumprir a legislação vigente, em sua integralidade.
Assegurar a integridade e a funcionalidade patrimonial e funcional do CONTRATANTE contra atos de vandalismo, agindo de acordo com legalidade, inclusive com emissão de ordem de prisão civil contra os vândalos e baderneiros, por cometimento de crimes contra o patrimônio público e/ou desacato ao funcionário público no exercício de suas funções.
Não permitir o acesso de carros e pessoas não autorizadas nas dependências da unidade de saúde.

PAGAMENTO

O Prestador de Serviço emitirá a Nota Fiscal ou Fatura até o dia 05 do mês seguinte ao da prestação de serviço, onde constarão a quantidade de itens entregues e o valor unitário de cada um.
Anexado a nota fiscal deve conter em seu corpo o número do presente contrato, descritivo do objeto e a competência a que se refere.
A Nota Fiscal ou Fatura será paga pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** até o último dia útil do mês da emissão, desde que essa tenha tido o aceite até o dia 15 do da emissão e que o CONTRATADO tenha adimplido todas as suas obrigações contratuais.
Os pagamentos das faturas mensais serão realizados unicamente por meio de transferência bancária eletrônica em conta corrente de titularidade da CONTRATADA, não sendo aceito, sob nenhuma hipótese, os pagamentos das faturas via boleto bancário, ou em conta de terceiros.

5.10.7. Funcionamento do Núcleo Interno de Regulação – NIR

GESTÃO DO NIR

Na presente proposta de trabalho, o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será integrado aos sistemas regulatórios Estaduais e Municipais.

O plano de trabalho gerencial do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** para o NIR do hospital**,** será organizado com as seguintes diretrizes:

- Oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial;
- Organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime;
- Organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação, tanto aos internos do próprio hospital, quanto aos órgãos reguladores da região.

Implantação dos seguintes Indicadores:

TAXA DE OCUPAÇÃO GERAL E EFETIVA
INTERNAÇÃO
GIRO DE LEITO
TAXA INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO DE LEITO – DIAS
MÉDIA DE LEITOS OPERACIONAIS
ÓBITOS GERAL
ÓBITOS < 48H
ÓBITO POR UNIDADE
ACEITES DE PACIENTES PARA SADT
MÉDIA DE PERMANÊNCIA
SAÍDAS (ALTAS, TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS)
TAXA DE MORTALIDADE
INTERNAÇÕES POR PROCEDÊNCIA
TAXA DE ACEITABILIDADE DO CROSS

INTERNAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA
MÉDIA DE INTERNAÇÃO/ DIA
MÉDIA DE LEITOS ISOLADOS POR SCIH/DIA
MÉDIA DE LEITOS ISOLADOS POR MANUTENÇÃO/DIA
MÉDIA TEMPO HORA ACEITE X CHEGADA (MAIOR E MENOR TEMPO)
TRANSFERÊNCIA EXTERNA E INTERNA

Será utilizado estes indicadores de forma a termos o gerenciamento da área com mensuração dos seus principais fatores. Essa metodologia será baseada no monitoramento dos processos com o objetivo de potencializar a tomada de decisão dos gestores e área que com que o NIR se articula.

Com esse modelo, o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** almeja avaliar a performance do NIR e fazer análises de forma a mitigar possíveis problemas, para que os gestores possam conduzir a organização de forma mais eficiente e preventiva.

Para que essas metas sejam alcançadas, é importante que algumas ações estratégicas sejam desenvolvidas objetivando o ordenamento do processo de regulação:

- Cooperação com a **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**nas estratégias de validação da regionalização, visando garantir uma rede assistencial regionalizada e hierarquizada;
- Cooperação com a **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**na definição das interfaces da regulação com planejamento, programação, controle e avaliação, através do Plano Diretor de Controle, Regulação e Avaliação;
- Participação nos fóruns de avaliação das necessidades de saúde, planejamento e programação, englobando aspectos epidemiológicos e logísticos;
- Delegação de autoridade ao agente regulador do serviço para exercer a responsabilidade sobre a regulação, com base em protocolos clínicos e operacionais.
- Articulação com a Rede de Atenção à Saúde e Interface com as Centrais de Regulação Hospitalar e com outras instituições da rede.

Muitas ações descritas acima extrapolam o objeto de execução do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** junto ao gerenciamento do hospital, porém afirmamos que contamos com

profissionais experientes e qualificados, que poderão cooperar com a **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**para que tais metas possam ser alcançadas.

Para executar todas as atividades propostas, o NIR terá apoio de profissionais de outros setores do hospital, como supervisores de unidades para alinhamento de rotinas e processos, do departamento de informática para coleta e processamento de dados dos indicadores, dos colaboradores para aplicação dos protocolos administrativos e médico-assistência.

ORGANOGRAMA NIR (NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO)

Seguindo a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da **Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV**, o NIR irá se organizar da seguinte forma:

Principais Atribuições

- Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência, Agenda Cirúrgica.
- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias.
- Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde – RAS), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados.
- Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, 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 pela RAS.
- Otimizar a ocupação das Salas Cirúrgicas.
- Monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos.
- Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento.
- Auxiliar a gestão quanto ao controle e o uso racional de Órteses, Próteses e Materiais Especiais.
- Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar.
- Induzir a implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como Kanban, Projeto Terapêutico Singular, Gestão da Fila.

- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais.
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar.
- Qualificar os 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.
- Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar.
- Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades.
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável.
- Fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência.
- Estimular o Cuidado Horizontal dentro da instituição.
- Subsidiar a direção do hospital para a tomada de decisão internamente e quando o Hospital dispor de Núcleo de Acesso à Qualidade (NAQH) pautá-lo sobre o padrão de utilização de ofertas para tomada de decisão estratégica.
- Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.

Estrutura de Recursos Humanos

O NIR terá a seguinte estrutura nas 24h de atendimento e nos 7 dias da semana

- Médico
- Enfermeiro
- Escriturário Administrativo

Atribuições de cada membro da Equipe:

- **Médico**

Acompanhar a avaliação dos pacientes e identificar com as equipes assistenciais aqueles, que tem potencial para a transferência a outros setores da unidade hospitalar e/ou leitos de Retaguarda pactuados na RAS, por meio da avaliação dos dados do Kanban e/ou outro

instrumento utilizado para gerenciamento dos casos, nas unidades que possuem porta aberta às urgências deverá iniciar esse monitoramento por esse setor, para avaliar a demanda e a partir dessa demanda averiguar as possibilidades.

Identificar as pendências (avaliações médicas, exames, marcação de cirurgias) e providenciar junto à equipe assistencial a sua resolução.

Identificar pacientes com critérios de Alta Hospitalar e discutir o caso com a equipe assistente.

Selecionar pacientes estáveis e dentro dos critérios de transferência que devem encaminhados para os leitos do próprio hospital, hospital de retaguarda pactuado, mediante instrumentos regulatórios, ou para a Alta Hospitalar.

Intermediar a equipe assistencial na busca e disponibilização de leitos de internação para os pacientes que se encontram de alta da UTI.

Selecionar pacientes candidatos à transferência para o Hospital pactuado para Retaguarda.

Regular os leitos disponíveis no próprio hospital de acordo com as especialidades.

Apoiar a reavaliação dos casos de reinternação dos pacientes que retornaram do Hospital de Retaguarda ou da Internação Domiciliar identificando os motivos que levaram a reospitalização dos usuários, a fim de retroalimentar as equipes em relação ao seguimento ou mesmo para a revisão dos protocolos.

Realizar a interface entre as especialidades médicas e os setores da unidade hospitalar, a fim de promover as interconsultas de modo mais eficiente e ágil.

Ampliar espaços de atuação do médico em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

- **Enfermeiro**

Apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos pacientes nas observações, para verificar a viabilidade de serem transferidos para enfermarias, leitos de retaguarda, UTI e/ou mesmo de alta para casa ou Serviço de Atenção Domiciliar.

Interagir com a equipe multiprofissional assistencial, para aperfeiçoar o processo de transferência.

Auxiliar a equipe do NIR na definição, avaliação e priorização dos pacientes na ocupação dos leitos disponíveis internamente e externamente, conforme contato com a regulação, e nos casos que não houver regulação com a unidade que possua leitos disponíveis.

Realizar busca ativa de leitos disponíveis no sistema informatizado ou em visita aos setores da unidade hospitalar.

Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino/masculino).

Monitorar os leitos atentando para o Tempo Médio de Permanência.

Identificar e notificar mediante relatório mensal os entraves pertinentes ao processo de transferência e atuação do NIR.
Alimentar a planilha dos indicadores a fim de proporcionar dados para a tomada de decisão da Alta Liderança.
Ampliar espaços de atuação do enfermeiro em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.
Contribuir com o desenvolvimento do NIR.
Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR

- **Administrativo**

Confirmar o quantitativo de vagas nos setores do hospital que estão disponíveis para o dia repassando essa informação para o médico regulador do NIR, bem como alimentar o sistema de informações sobre tais dados, conforme o caso.
Entregar para os médicos reguladores/auditores, conforme o caso cópia do Relatório dos Pacientes internados.
Alimentar a planilha de dados no computador dos pacientes transferidos para o Hospital de Retaguarda do dia anterior com as seguintes informações: Nome do paciente, Data de nascimento, Nome da mãe do paciente, Número do prontuário, Especialidade médica, Nome do médico assistencial, total de pacientes que foram transferidos diariamente, total de pacientes que voltaram para o Hospital de origem diariamente especificando o motivo do retorno.
Checar no mapa cirúrgico se tem algum dos usuários em monitoramento, para procedimentos cirúrgicos, no dia seguinte.
Agendar os exames e/ou procedimento cirúrgico, que estejam pendentes aos usuários que devem ser transferidos para os leitos de Retaguarda.
Informar a enfermeira do Hospital de Retaguarda e/ou leitos de internação, o quantitativo e o sexo dos pacientes que serão transferidos para a Retaguarda.
Contatar o serviço de transporte com agendamento do horário em que o paciente será transferido.
Contribuir com o desenvolvimento do NIR.
Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

5.11. Ciência e Tecnologia

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** deverá desenvolver atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e

pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.**

Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** será responsável por disponibilizar computadores com acesso à Internet para possibilitar a realização de pesquisas pelos estudantes/acadêmicos.

Estágios Curriculares: Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

O **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** disponibilizará anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás cuja** distribuição será organizada e orientada pela Comissão responsável.

APRESENTAÇÃO DE CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIOS, TREINAMENTOS E RESIDÊNCIAS

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** apresenta, na forma de **ANEXO** deste Plano de Trabalho, os Termos de Cooperação firmados com entidades de ensino a fim de fomentar o aprendizado na forma de estágios, treinamento e/ou residência, propiciando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho produtivo dentro da sua área de atuação.

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	**Centro Universitário Tiradentes** **CNPJ 13.013.263/0010-78**
OBJETO	Objetiva o desenvolvimento de atividades conjuntas para proporcionar aos alunos regularmente matriculados nos cursos de Medicina e Enfermagem do

	Centro Universitário Tiradentes a realização de estágio obrigatório, a ser desenvolvido nas dependências das Unidades de Pronto Atendimento (UPA Trapiche e Benedito Bentes), com a finalidade de preparar o estagiário para o trabalho produtivo).
VIGÊNCIA	**23/04/2022 a 23/04/2023 em vigência T.A.**

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	**Centro Universitário Mauá de Brasília** **CNPJ 05.969.033/0001-68**
OBJETO	Cooperação entre as partícipes, visando ao desenvolvimento de atividades de mútuo interesse, tais como a realização de ações institucionais conjuntas, atividades e eventos acadêmicos, desenvolvimento de pesquisas, realização de estágio supervisionado, entre outras atividades, de acordo com os termos e condições previstos no presente instrumento. As atividades acadêmicas podem ser cursos de extensão, treinamento, capacitação e desenvolvimento profissional, simpósios, grupos de estudos, entre outras, que podem ser oferecidas pela UNIMAUÁ para os membros do corpo clínico, funcionários e dependentes do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, ou oferecidas pelas Partícipes em conjunto para público específico ou aberta a interessados em geral, sempre respeitados os objetivos desse convênio. Todas as atividades acadêmicas terão a Certificação da UNIMAUÁ, de acordo com seu credenciamento no Ministério da Educação - MEC e conforme as especificidades de cada tipo de curso. Também englobam o presente convênio a abertura de campos de estágio supervisionado, plantões acadêmicos, residências, treinamento em serviço, internato e demais ações práticas de ensino em saúde para os alunos da UNIMAUÁ nas unidades e instalações mantidas pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC , para o que são disponibilizadas seus leitos hospitalares, entre outros

	espaços e áreas de atuação, necessários às atividades correspondentes, seguidas a normatização do HOSPITAL, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a legislação aplicável. As Atividades dos alunos, que sempre serão supervisionados por um docente ou preceptor da UNIMAUÁ e por colaboradores do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, abrangerão: I – O atendimento de pacientes; II - O acompanhamento de pacientes internados; III – A realização de pesquisas. A UNIMAUÁ poderá desenvolver atividades didáticas, ministrando aulas e seminários, visando proporcionar capacitação de profissionais do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC. O presente Convênio alcançará os alunos do curso de graduação em medicina a ser ofertado pela UNIMAUÁ.
VIGÊNCIA	O presente Convênio tem prazo de 05 (cinco) anos e entrará em vigor na data de sua assinatura, restando rescindido de pleno direito ao final desse prazo. A sua renovação não será automática e depende de Termo Aditivo próprio. Assinatura: Brasília, 06 de janeiro de 2023

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	**Fundação Educacional do Baixo São Francisco - Dr. Raimundo Marinho** **CNPJ 12.432.605/0002-11**
OBJETO	Constitui objeto deste convênio a viabilização de estágio obrigatório para os acadêmicos da FACULDADE RAIMUNDO MARINHO nas dependências das unidades de saúde geridas pelo ISAC nos Municípios de Maceió (AL), Rio Largo (AL) e Marechal Deodoro (AL). O convênio tem como objetivo principal proporcionar aos Acadêmicos dos Cursos de ENFERMAGEM da FACULDADE RAIMUNDO

	MARINHO a aproximação da realidade profissional, o aprimoramento técnico, cultural, científico, pedagógico e o relacionamento com os diversos profissionais e setores da área de saúde, de forma a preGoiás-los para o exercício da profissão e cidadania. Incluem-se ainda no objeto do presente convênio os seguintes objetivos: Utilização do Maceió (AL), Rio Largo (AL) e Marechal Deodoro (AL) como cenário de prática, visando ao treinamento, em ambiente hospitalar, dos alunos regularmente matriculados dos Cursos de ENFERMAGEM da FACULDADE RAIMUNDO MARINHO; Realização de atividades de treinamento, consistente na execução das aulas práticas de habilidades na área da saúde; Desenvolvimento dos conteúdos teórico-prático pelos Acadêmicos dos Cursos de ENFERMAGEM da FACULDADE RAIMUNDO MARINHO no âmbito Maceió (AL), Rio Largo (AL) e Marechal Deodoro (AL). Realização de pesquisas clínicas de interesse mútuo, devidamente submetidas ao NEPES E DIREÇÃO TÉCNICA da Maceió (AL), Rio Largo (AL) e Marechal Deodoro (AL). Fica registrado a necessidade de participação na pesquisa de um membro do corpo clínico da unidade onde serão realizadas as pesquisas.
VIGÊNCIA	11/11/2020 a 11/11/2021 (doze meses).

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	**Centro de Ensino Profissionalizante Santa Juliana** **CNPJ 03.702.482/0001-10**
OBJETO	Viabilização de estágio obrigatório para os acadêmicos do curso de Técnico em Enfermagem, Técnico em Radiologia e Técnico em Farmácia do Centro de Ensino Profissionalizante Santa Juliana nas unidades Hospital Ib Gatto Falcão, UPA Benedito Bentes, UPA Trapiche)
VIGÊNCIA	05/01/2019 a 05/01/2020 (doze meses)

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	**Centro de Estudo Técnico em Saúde** **CNPJ 03.591.599/0001-73**
OBJETO	Viabilização de estágio obrigatório para os acadêmicos do curso de Técnico em Enfermagem, Técnico em Radiologia, Análises Clínicas, Segurança do Trabalho, Nutrição e Farmácia do Centro Técnico de Saúde Santa Bárbara nas dependências das unidades Hospital Ib Gatto Falcão, UPA Benedito Bentes, UPA Trapiche.
VIGÊNCIA	05/09/2018 a 05/09/2019 (doze meses)

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	**Faculdade de Tecnologia de Alagoas – FAT** **CNPJ 01.073.457/0001-99**
OBJETO	Viabilização de estágio obrigatório para os acadêmicos do curso de Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Odontologia, Fisioterapia e Serviço Social da FAT, nas dependências das unidades Hospital Ib Gatto Falcão e UPA Benedito Bentes.
VIGÊNCIA	06/09/2018 a 06/09/2019 (doze meses)

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	**Faculdade Alagoana de Pesquisa - FAPEC** **CNPJ 01.073.457/0001-99**
OBJETO	Viabilização de estágio obrigatório para os acadêmicos do curso de Enfermagem da FAT, nas dependências das unidades Hospital Ib Gatto Falcão, UPA Benedito Bentes, UPA Trapiche
VIGÊNCIA	03/09/2018 a 04/09/2019 (doze meses)

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	**Fundação Educacional Jayme de Altavila-FEJAL** **CNPJ 12.207.742/0001-71**

OBJETO	Viabilização de estágio obrigatório para os acadêmicos do curso de Medicina e Residências Médicas do Cesmac nas dependências da UPA Francês, UPA Trapiche, UPA Benedito Bentes e Hospital Ib Gatto.
VIGÊNCIA	03/04/2019 a 03/04/2020 (doze meses)

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	**Centro de Ensino Grau Técnico Maceió** **CNPJ 27.058.591/0001-04**
OBJETO	Viabilização de estágio obrigatório para os acadêmicos do curso de Enfermagem e Radiologia da Grau Técnico Maceió-Centro, nas dependências da UPA Trapiche, UPA Benedito Bentes e Hospital Geral Dr. Ib Gatto Falcão.
VIGÊNCIA	28/01/2019 a 11/12/2019 (doze meses)

Observação: Os Termos de Cooperação Institucional – TCI entre o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** e **Instituições de Ensino – IE**, tanto públicas, quanto privadas, definindo as atribuições e responsabilidades das partes, assim como os instrumentos de pactuação que devem disciplinar e possibilitar os processos de celebração e execução dos termos aqui detalhados encontram-se na forma de **ANEXOS** deste Plano de Trabalho.

PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA

Conforme **NORMATIVA PRESIDÊNCIA n. 01/2018** (NOR-PRE-01, anexo), documento este que Institui normas e fluxos para Celebração de Termos de Cooperação Institucional entre o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** e **Instituições de Ensino - IE**, fica estabelecido, também, no ato de sua assinatura, conforme Anexo 1, cláusula Primeira, item 1.3, subitem d, que a Realização e desenvolvimento de pesquisas clínicas de interesse mútuo, devidamente submetidas a avaliação institucional conforme protocolo operacional POP - NEPES 01, são um dos objetivos do instituto. Desde que foi instituída a normativa da presidência em 2018, diversos pesquisadores desenvolveram seus trabalhos trazendo resultados de pesquisas importantes para o meio científico.

Segue aprovação do comitê de ética em pesquisa da USP, pesquisa de doutorado que está sendo desenvolvida em 2023 nas Unidades de Pronto Atendimento Trapiche da Barra e Benedito Bentes pela pesquisadora senhora **Beatriz Lima**:

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intersecção da Rede de Urgência e Emergência com serviços de atendimento à mulher vítima de violência.
Pesquisador: Beatriz Lima
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 57122222.6.0000.5421
Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.597.485

Apresentação do Projeto:
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação de Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo de informações básicas do projeto [PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1786743], postado em 18/07/22 e do projeto de pesquisa [projetodoutoradoBeatrizSantana], postado em 18/07/22. Este parecer trata de resposta às pendências apontadas anteriormente.
O projeto Intersecção da Rede de Urgência e Emergência com serviços de atendimento à mulher vítima de violência tem como objetivo primário compreender as interseções da Rede de Urgência e Emergência no atendimento a mulheres vítimas de violência com os serviços de atendimento à mulher no município de Maceió do estado de Alagoas. Trata-se de um estudo de caso exploratório com abordagem qualitativa. Serão utilizadas como fontes de dados: documentos legais, dados secundários e entrevistas. A amostragem será intencional, os participantes serão escolhidos de acordo com o perfil profissional (aqueles que atendem vítimas da violência), por meio de visitas e contatos com os diversos ambientes de trabalho e indicações dos superiores.

Objetivo da Pesquisa:
"Objetivo Primário:

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715, localizado no prédio principal da Faculdade de Saúde Pública, andar térreo, sala de
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 5.597.485

Compreender as interseções da Rede de Urgência e Emergência no atendimento a mulheres vítimas de violência com os serviços de atendimento a mulher no município de Maceió do estado de Alagoas.

Objetivos Secundários:

1. Descrever o perfil das mulheres vítimas de violência no período de 2016 a 2020, quanto a aspectos socioeconômicos e de saúde.
2. Caracterizar a violência contra a mulher em Maceió no período de 2016 a 2020.
3. Descrever recursos e fluxos, internos e externos, no atendimento da RUE e das redes de proteção a mulher vítimas de violência.
4. Analisar a atuação e intersecções da RUE com os serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência da saúde, segurança pública, dos direitos humanos e da mulher e com organizações não governamentais para constituição de uma linha de cuidado articulada ao combate da violência contra as mulheres".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"O presente estudo não trata de uma pesquisa de intervenção. Entretanto, pode haver por parte do profissional ou da mulher cansaço ou fadiga, porém será preferível que a pessoa sinta-se confortável em um ambiente tranquilo, permeando uma entrevista mais dinâmica e objetiva. Para minimizar estes fatores será escolhido um momento para realização da pesquisa em que o ambiente esteja calmo e tranquilo. No momento em que o entrevistado se sentir constrangido, desconfortável ou apresentar cansaço e fadiga, a coleta de dados será interrompida temporariamente e apenas será retomada no momento que o entrevistado se sentir confortável. Outros riscos aos sujeitos da pesquisa que podem ser citados são a violação da privacidade, a confidencialidade dos dados pessoais dos envolvidos. Como forma de proteger os participantes de tais riscos o pesquisador se responsabilizará por garantir o anonimato dos participantes, sendo identificados pela sigla ENF de enfermeiro, M para
mulher, AS para assistente social, seguido do número crescente de acordo com a ordem da entrevista, p.ex. ENF1 (enfermeiro 1) e assim sucessivamente. O participante da pesquisa poderá em algum momento se negar a continuar a pesquisa, sendo respeitado o princípio ético da autonomia. Diante disto a abordagem deste sujeito será interrompida temporariamente ou em definitivo, mas antes que isto ocorra será efetuada uma nova abordagem e esclarecimentos quanto à pesquisa. Bem como deverá ficar evidenciado que os dados só serão divulgados em artigos

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715, localizado no prédio principal da Faculdade de Saúde Pública, andar térreo, sala de
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP

Plataforma Brasil

científicos ou em reuniões científicas e jamais individualmente, nesta situação respeitando-se os princípios da não-maleficência e da beneficência.

Benefícios:

Acreditamos que as evidências deste estudo trarão maior reflexão aos profissionais de que trabalham no serviço de atendimento a mulheres vitimas de violência. Espera-se que os resultados possam também contribuir, para o planejamento de ações integradas e direcionadas a mulher vitima de violência através rede mais articulada com setor saúde, policia e direitos humanos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de caso exploratório com abordagem qualitativa. Financiamento próprio. Estudo nacional, local. Número de participantes: 36. Os serviços escolhidos são a base central do SAMU e 3 das 5 UPAs da grande Maceió. Participarão também profissionais da Maternidade Santa Mônica/Programa de Assistência às Vítimas de Violência Sexual; Central de Atendimento à Mulher Vítima de Violência; Centro de Referência e Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica Dra. Teresinha Ramires; Delegacia Especializada de Defesa dos Direitos da Mulher II; Patrulha Maria da Penha (PMP); Instituto Feminista Jarede Viana; AME. Estudo multicêntrico. Não haverá armazenamento de amostras. Previsão de início: 04/01/22, término: 30/12/22. Pesquisa de caráter acadêmico para obtenção de título de doutor.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

"Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

O pesquisador pode começar a pesquisa com as instituições que já enviaram as cartas de anuência e conforme for recebendo as outras anuências, deverá enviá-las via Plataforma Brasil, através da opção Notificação, só após a recepção e aceite desta notificação pelo CEP é que poderá ser iniciada a pesquisa na instituição que foi adicionalmente incluída.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de resposta ao parecer pendente nº 5.487.233, emitido pelo CEP em 24/06/2022. Pendência 1: Não está claro no projeto (arquivo Beatrizprojetodoutorado) como será feita a entrevista com as mulheres vítimas de violência, citadas como participantes da pesquisa no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1786743.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715, localizado no prédio principal da Faculdade de Saúde Pública, andar térreo, sala de
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 5.597.485

Resposta: "Corrigido e inserido os procedimentos de entrevista das mulheres que pode ser visualizado na pagina 54".
Análise: Atendida.
Pendência 2: O TCLE (arquivo TERMODECONSENTIMENTOLIVREEESCLARECIDO_TCLEBEATRIZ) é direcionado apenas aos profissionais e não às mulheres vítimas de violência. Se for o caso, apresentar um TCLE para cada grupo de participantes da pesquisa.
Resposta: "Realizado TCLE especifico para entrevista com as mulheres."
Análise: atendida.
Pendência 3: não foi apresentada carta de anuência de todas as instituições coparticipantes. Solicita-se esclarecer. Caso seja de interesse, poderá começar a pesquisa somente com as instituições que já enviaram as cartas de anuências e conforme for recebendo as outras anuências, enviá-las e solicitar da inclusão de instituição coparticipante através de emenda pela Plataforma Brasil. Somente, após a aprovação da emenda, essa também poderá fazer parte de sua pesquisa.
Resposta: "Como a pesquisa contempla várias instituições foram inseridas as autorizações das instituições que liberam ate o momento que foram a Secretaria de Segurança Publica do Estado de Alagoas, Secretaria dos Direitos Humanos e da Mulher, ONG AME e das Unidades de Pronto Atendimento. Na autorização do Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas, a solicitação da autorização da pesquisa foi desmembrada entre as instituições e foi inserida as autorizações liberadas como a do Serviço de Atendimento Medico de Urgência (SAMU). A escolha de enviar as autorizações parcialmente foi devido a demora em liberar as autorizações por parte da Secretaria de Saúde e dos prazos para cumprir em relação ao doutorado, que já estão curtos devido aos atrasos que a pandemia acarretou."
Análise: atendida (vide recomendações).

Considerações Finais a critério do CEP:
Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais (de 6 em 6 meses) e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente analisados pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715, localizado no prédio principal da Faculdade de Saúde Pública, andar térreo, sala de
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 5.597.485

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1786743.pdf	18/07/2022 16:19:03		Aceito
Outros	RespostaPendenciabeatrizlima.doc	18/07/2022 16:18:33	Beatriz Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_BEATRIZ.pdf	18/07/2022 16:06:41	Beatriz Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodoutoradoBeatrizSantana.pdf	18/07/2022 16:00:23	Beatriz Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOmulher.pdf	18/07/2022 15:56:48	Beatriz Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinadoBIA.pdf	26/05/2022 18:03:22	Beatriz Lima	Aceito
Declaração de concordância	AUTORIZAnepSAMU.pdf	24/03/2022 07:35:58	Beatriz Lima	Aceito
Outros	autorizacaoSEMUDH.pdf	05/01/2022 12:04:40	Beatriz Lima	Aceito
Outros	autorizacaosesau5.pdf	05/01/2022 11:37:39	Beatriz Lima	Aceito
Outros	autorizacaosesau4.pdf	05/01/2022 11:37:28	Beatriz Lima	Aceito
Outros	autorizacaosesau3.pdf	05/01/2022 11:36:41	Beatriz Lima	Aceito
Outros	autorizacaosesau2.pdf	05/01/2022 11:36:13	Beatriz Lima	Aceito
Outros	autorizacaosesau1.pdf	05/01/2022 11:36:00	Beatriz Lima	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715, localizado no prédio principal da Faculdade de Saúde Pública, andar térreo, sala de
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 5.597.485

SAO PAULO, 23 de Agosto de 2022

Assinado por:
Kelly Polido Kaneshiro Olympio
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715, localizado no prédio principal da Faculdade de Saúde Pública, andar térreo, sala de
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

5.12. Educação Permanente

A Educação Permanente em Saúde é caracterizada como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o ato de aprender e o ato de ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Este modelo de educação se baseia na sensibilização dos profissionais e na possível transformação das práticas profissionais numa intensa vertente educacional. Trata-se de um modelo de aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

A proposta de educação permanente em saúde na perspectiva de transformação ocorre por meio da articulação entre a teoria e a prática realizada pelos sujeitos-trabalhadores, mediada por políticas institucionais que amparam essas ações. As possibilidades de mudanças através das ações de educação permanente em saúde podem constituir-se em formas de transcender aos modos tradicionais de educação ao preconizar-se atividades educativas inseridas nos contextos histórico, social, econômico, político e ético.

A sensibilização dos colaboradores tem por objetivo apresentar a reflexão da importância de trabalhar em equipe, de construir hábitos de tal forma que os próprios trabalhadores possam se posicionar como sujeitos de aprendizagem individual, coletiva e institucional e, principalmente, sujeitos de transformação.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO NEPS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO

Será montada a comissão de educação permanente em saúde do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO.**

O NEPS (NÚCLEO DE ESUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE) – **citado no item 6.1.8 deste Plano de Trabalho**, será responsável por elaborar um Plano Anual de Treinamentos - PAT, este é um meio de assegurar que os colaboradores entendam o que eles são capazes de fazer e como devem desempenhar as funções e responsabilidades listadas em suas descrições de funções. As ações serão descritas em protocolo operacional próprio.

Através de parcerias com instituições formadoras e órgãos competentes com cursos de educação continuada, visto que serão feitas parcerias com instituições de ensino, que trarão programas de residência médica, internato, estágios curriculares de diversos cursos, onde a troca de experiências entre ensino-serviço-comunidade possam celebrar momentos de

aprendizagem, apresentando, desta forma, novas tecnologias para o cuidado de acordo com as diretrizes do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO .**

COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS NA EQUIPE

Deve ser entendido que aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho (Ministério da Saúde, 2004).

- Assistência ao paciente baseada na prática e aperfeiçoamento de cada categoria, em cada especialidade;
- Conhecimento teórico prático baseado na prática e aperfeiçoamento de cada categoria, em cada especialidade;
- Comunicação interpessoal;
- Profissionalismo baseada na prática e aperfeiçoamento de cada categoria, em cada especialidade;
- Aprendizagem baseada na prática e aperfeiçoamento de cada categoria, em cada especialidade;
- Ações de integração e atividades complementares para assistência integral.

MANUAL PARA CRIAÇÃO DO PLANO ANUAL DE TREINAMENTO - PAT

O Plano Anual de Treinamentos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será um meio de assegurar que os colaboradores entendam o que eles são capazes de fazer e como devem desempenhar as funções e responsabilidades listadas em suas descrições de funções.

É realizado em etapas, onde primeiro são elencadas quais as demandas de treinamentos para melhor dinâmica em diferentes âmbitos dentro do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO**

O objetivo é descrever a elaboração do Plano Anual de Treinamentos e aplicação do levantamento de necessidade de treinamento para os profissionais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** preenchimento de frequência e formatação de relatório para educação permanente e educação continuada e aplicação dos instrumentos para avaliação de eficácia de treinamento.

LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTO – LNT

Preenchimento pelas coordenações

A formulação do cronograma de atividades é anual. A coordenação do NEPES encaminhará um formulário INDIVIDUALMENTE para cada coordenação da unidade. Neste deverá constar o mínimo de 12 (DOZE) cursos, que a coordenação, junto a sua equipe, julgue ser de necessidade para o ano seguinte. Os Gestores terão até o último dia útil do mês elegível para encaminhar o formulário preenchido para o e-mail do NEPES.

Será orientado que os Gestores utilizem a lista de levantamento de treinamentos baseada nas metas dos indicadores e as notificações de eventos adversos. Será utilizado também como fonte os dados informados pelo núcleo de segurança do paciente.

Preenchimento In Loco pelos Funcionários

Será entregue a cada Gestor dos setores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** um formulário para sugestão de treinamentos pelos colaboradores.

Cada colaborador terá a oportunidade de informar até 03 treinamentos que julgar importante para sua atuação na unidade, terá de indicar o motivo das escolhas. Estes resultados serão analisados junto aos Gestores e anexado ao PAT como aditivo.

Avaliação de Desempenho do Colaborador

Os dados extraídos das avaliações de desempenho realizadas pelo RH do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** subsidiarão ações de desenvolvimento dos colaboradores e serão acrescidos no PAT conforme necessidade.

Entrevista técnica e comportamental

O RH do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** encaminha ao NEPES trimestralmente e/ou de acordo com a necessidades, os dados das entrevistas comportamentais e técnicas, a fim de, informar as necessidades de capacitação e desenvolvimento para melhor desempenho das atividades executadas pelos colaboradores admitidos.

Entrevista de Desligamento

O RH do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** encaminha ao NEPES os dados das entrevistas de desligamento quando as mesmas apresentarem resultados que estejam diretamente ligados às ações de capacitação, como: problemas de comunicação entre as equipes, coordenação, etc.

Plano Anual de Treinamento – PAT

Após a análise do NEPES, será criada a Agenda de Eventos de Treinamento e Capacitação do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** constando datas e possíveis valores de custo, esta será encaminhada para aprovação da direção geral. Vale ressaltar que essas ações terão que estar afinadas com a disponibilidade orçamentária para a sua realização. A formulação do relatório com consolidado de atividades deverá ser mensal.

Lista de registro de participação em atividade

Todos os eventos devem constar da lista de registro em atividade, nesta deve conter cabeçalho e dados do participante.

Cabeçalho

Deve constar o tema/nome do evento, nome do ministrante, data do dia em que o evento estiver ministrado.

Para a assinatura dos participantes deverá constar

Nome LEGÍVEL do profissional que participou do curso, cargo/função, Conselho de Classe, e por último a assinatura do participante e/ou outras que se fizerem necessárias.

Para o profissional que realizou o treinamento ou a capacitação: a documentação deverá conter a assinatura do profissional que ministrou o curso.

Avaliação de Eficácia de Treinamento

A avaliação da eficácia do treinamento realizada com os colaboradores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** é um instrumento de grande importância para medir os resultados do treinamento. O ministrante deve aplicar uma avaliação de forma objetiva (o formulário será disponibilizado pela equipe do NEPE) antes do início do treinamento, com no mínimo 05 questões objetivas e no máximo 10 questões objetivas, e aplicar a mesma avaliação ao término do treinamento (pode definir o período para reaplicação do formulário, sendo indicado 07 dias após o treinamento), o que não necessariamente seja no mesmo dia.

Deve existir uma média mínima de 8,0 (oito) para uma medição satisfatória do curso. Caso o colaborador atinja menos que a média, deverá ser treinado novamente e o método de treinamento deverá ser avaliado através do método dos 05 "porquês".
A prova objetiva deve ser aplicada em todos os treinamentos. Após seis meses o NEPES deve se reunir com a coordenação relacionada àquele treinamento e levantar a necessidade de atualização, reciclagem ou se as questões foram resolvidas.

Quadro 1 – Definição conceitual, segundo os pilares da qualidade propostos por Donabedian*, e definição operacional adaptadas à Educação Permanente em Saúde

PILAR DA QUALIDADE	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
EFICÁCIA	O melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.	Planejamento anual das atividades em condições ideais, medido com base no total anual de ações e analisado pelas atividades realmente ofertadas por meio da média anual de ações realizadas, cancelamentos e tempo médio das capacitações.
EFETIVIDADE	Melhoria na saúde alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana.	Relações entre as avaliações pré e pós-atividade medidas pela taxa de efetividade das ações realizadas.
	Medida do custo com o	Custo efetivo das

EFICIÊNCIA	qual uma dada melhoria na saúde é alcançada	ações com base no total investido anual
OTIMIZAÇÃO	Torna-se relevante, à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos.	Relação entre efetividade e eficiência com base na relação entre a taxa de melhoramento e o custo investido.
PILAR DA QUALIDADE	**DEFINIÇÃO CONCEITUAL**	**DEFINIÇÃO OPERACIONAL**
ACEITABILIDADE	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias.	Contentamento com as atividades propostas com base no abandono na sequência dos treinamentos e na satisfação dos profissionais.
LEGITIMIDADE	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é vista pela comunidade ou sociedade em geral.	Receptividade dos profissionais com as atividades, refletida com base na frequência e média das atividades propostas.
EQUIDADE	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população.	Média dos treinamentos ofertados por meio da proposição de treinamentos pelos profissionais, pela gestão da instituição e pela própria Educação Permanente em Saúde.

Fonte: Institucional ISAC

* Avedis Donabedian foi um médico e pesquisador de origem libanesa, radicado nos Estados Unidos, que se destacou no campo do estudo da qualidade em saúde, sendo reconhecido por ter concebido um modelo de avaliação da qualidade: o "Modelo" ou "Tríade de Donabedian

Implantação de Indicadores de Educação Permanente em Saúde

Os indicadores avaliados pelo Núcleo de Educação Permanente estão descritos a seguir:

- Quantitativo de funcionários que receberam os treinamentos anuais obrigatórios por setor;
- Avaliação da eficácia de treinamento;
- Horas de treinamento no mês;
- Total anual de ações propostas;
- Média anual de ações realizadas;
- Tempo médio das capacitações;
- Efetividade das ações realizadas;
- Cancelamento das ações;
- Total anual de valor investido.

Pela análise dos indicadores gerenciais do serviço da EPS pode ser analisado o resultado obtido com base no que foi planejado. Com isso, novas estratégias podem ser idealizadas para o próximo ano de atividades, considerando o resultado anterior. Com a aplicação do resultado dos indicadores levantados dos profissionais e do serviço, torna-se possível o seu uso como uma ferramenta de trabalho da EPS.

A reflexão sobre o impacto dos treinamentos pode precisar da articulação de outros setores, como da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador, Setor de Qualidade, dentre outros. Por isso, pode-se refletir sobre a amplitude da EPS com base na melhora de indicadores de outros serviços, o que contribui ainda mais para as implicações das ações da EPS. Um treinamento, por exemplo, de lavagem das mãos pode interferir diretamente na redução de infecções hospitalares e precisa de discussões em conjunto com a CCIH, tanto no levantamento da necessidade quanto na sua avaliação posterior.

5.13. Apresentação da Proposta Técnica

A apresentação deste projeto segue o roteiro do edital e tem como objetivo atingir os futuros compromissos pactuados no Contrato de Gestão com a parceria a ser firmada com a **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** para o gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades do **HOSPITAL ESTADUAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA -CAIO LOUZADA – HERSO** com planejamento nos termos do edital e que foram considerados para a elaboração desta proposta incluindo todas as metas e condições especificas do Contrato de Gestão o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** se propõe fazer sua gestão de forma transparente, articulada, prestando assistência à saúde gratuita aos usuários do SUS,

observando o disposto no art. 198, da Constituição Federal, no Inciso I, do art. 4º, da Constituição Estadual, no art. 7º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e do Decreto que estabelece os princípios do SUS.

Executando todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas, tendo como norteadores:

- A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS;
- Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
- Garantia do acesso;
- Gestão baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;
- Se estruturar para as habilitações de serviços;
- Submeter-se a programas de certificações de qualidade hospitalar;
- Desenvolver uma Política de Educação Permanente em Saúde do SUS

Serão definidas estratégias completas e pormenorizadas com a equipe do **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** com horários, fluxos, protocolos, distribuição de atendimento e padronizações necessárias, de modo a favorecer a implantação do projeto de forma satisfatória, visando a segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços com acompanhamento sistemático dos indicadores previamente estabelecidos, zelando pela adequada utilização dos recursos financeiros.

A Qualidade técnica na Gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** será garantida pela adequada alocação de recursos; Governança Clínica; utilização de ferramentas e dispositivos da Gestão da Clínica; estabelecimento de objetivos, metas e indicadores e o alinhamento de diretrizes clínicas, protocolos e fluxogramas; estabelecimento de cultura de segurança para pacientes e profissionais; e monitoramento dos resultados buscando a melhoria na qualidade. A humanização do atendimento será fator determinante para a qualidade do serviço, tendo o Acolhimento como postura e prática e a implantação do Protocolo de Classificação de Risco como ferramenta para organização do acesso.

A articulação com a Rede de Serviços será garantida através de pactuações internas e externas de fluxos claros de referência e contrarreferência. O **HOSPITAL ESTADUAL DE**

SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO deverá articular-se com outros serviços, possibilitando a qualificação da alta do usuário. Conhecendo a rede local de serviço das diversas políticas públicas, desenvolverá entre outras a articulação com a rede de proteção social do território.

Para uma Gestão Financeira eficiente a implantação de centros de Custos é uma metodologia de fácil aplicação e a apuração é possível a partir da segmentação do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO** em centros de custos. Dessa forma, a segmentação em áreas especializadas é facilmente identificada, como, serviços assistenciais, lavanderia, nutrição, administração, laboratório, etc. Os custos destes recursos podem ser estimados e comparados com os custos finais do atendimento. O sistema de custeio por absorção controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades específicas), podendo comparar os custos estimados com os valores orçados.

Esse projeto técnico contém a síntese das composições feitas pelas comissões e pretende nortear a construção das Redes de Atenção à Saúde. Esse é o marco inicial, o ponto de partida desta Gestão e cujo conteúdo será debatido nos diversos fóruns de representação de profissionais, parceiros, usuários, Conselhos Gestores e Conselho Municipal e Estadual de Saúde. Novas análises e colaborações podem ser incorporadas, assim como o aprofundamento e detalhamento de atribuições e fluxos.

Da mesma forma, será fundamental o monitoramento intenso da reestruturação aqui proposta, cuja implantação ocorrerá de modo gradativo e com o envolvimento de todos os atores envolvidos visando lograr o êxito da prestação do serviço proposto.

6. CRONOGRAMA GERAL DAS ATIVIDADES PROPOSTA

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS												
AÇÃO	**S 1**	**ÊS 2**	**ÊS 3**	**ÊS4**	**ÊS 5**	**ÊS 6**	**ÊS 7**	**ÊS 8**	**ÊS 9**	**ÊS 10**	**ÊS 11**	**ÊS 12**
Assinatura do												

Contrato de Gestão												
Processo Seletivo e Contratação de Pessoal (CLT)												
Integração dos novos profissionais												
ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE												
Diagnóstico dos profissionais (cargos e salários; Medidas Disciplinares; Avaliação de Desempenho; Estabilidades; Afastamentos AD, AT, LM; Perfil Epidemiológico).												
Diagnóstico nos riscos físicos, químicos e biológicos das Unidades/ Serviços para elaboração do PPRA/ PCMSO.												
Avaliação dos Contratos a serem pactuados												
Negociação prévia com as empresas prestadoras terceirizadas												
Cadastro das titularidades de imóveis e contas públicas (água, energia, telefonia, internet e gás)												
Inventário de estoque de mat/med												
Verificação da relação												

de patrimônio para transferência da cessão de uso												
Inventário dos bens materiais das unidades com a qualificação												
Elaboração de relatório de inventário patrimonial a ser entregue na SES												
Normas e Rotinas para Funcionamento da Urgência e Emergência (porta de entrada)												
Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR												
IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS												
Fluxos Operacionais Compreendendo Circulação Em Áreas Restritas, Externas E Internamento					REVISÃO DE PROCESSO						REVISÃO DE PROCESSO	REVISÃO DE PROCESSO
Fluxo Unidirecional Para Materiais Esterilizados					REVISÃO DE PROCESSO						REVISÃO DE PROCESSO	REVISÃO DE PROCESSO
Fluxo Unidirecional para Roupas					REVISÃO DE PROCESSO						REVISÃO DE PROCESSO	REVISÃO DE PROCESSO
Fluxo Unidirecional De Resíduos De Saúde					REVISÃO DE PROCESSO						REVISÃO DE PROCESSO	REVISÃO DE PROCESSO
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO												
Implantação do Regimento Interno da Unidade								REVISÃO DE PROCESSO				

Implantação do Regimento Interno do Corpo Clínico								REVISÃO DE PROCESSO				
Implantação do Regimento Interno de Enfermagem								REVISÃO DE PROCESSO				
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS												
Manual de Protocolos Assistenciais					REVISÃO DE PROCESSO						REVISÃO DE PROCESSO	
Rotinas Administrativas de Faturamento					REVISÃO DE PROCESSO			REVISÃO DE PROCESSO				
Rotinas Administrativas para Almoxarifado e patrimônio					REVISÃO DE PROCESSO			REVISÃO DE PROCESSO				
Educação e Capacitação em Saúde												
IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS												
Protocolos Assistenciais – Rotinas de Enfermagem					REVISÃO DE PROCESSO			REVISÃO DE PROCESSO				
Protocolos Assistenciais – Atenção Médica					REVISÃO DE PROCESSO			REVISÃO DE PROCESSO				
Protocolos Operacionais Organizativos					REVISÃO DE PROCESSO			REVISÃO DE PROCESSO				
Instrução para o Funcionamento do Serviço Administrativo					REVISÃO DE PROCESSO			REVISÃO DE PROCESSO				
Instrução para o Funcionamento da Equipe de Controle Financeiro					REVISÃO DE PROCESSO			REVISÃO DE PROCESSO				
Normas para o Funcionamento da					REVISÃO DE PROCE			REVISÃO DE PROCE				

Administração Geral					SSO			SSO				
Normas para a Realização dos Procedimentos de Aquisição, Recebimento, Guarda e Distribuição de Materiais					REVISÃO DE PROCESSO			REVISÃO DE PROCESSO				
Padronização de Mat/Med												
Apresentação de Critérios para a Contratação de Terceiros				REVISÃO DE PROCESSO				REVISÃO DE PROCESSO				
Implantação do Sistema Tecnológico								REVISÃO DE PROCESSO				
CONSTITUIÇÃO DAS COMISSÕES												
Comissão de Ética Médica												
Comissão de Ética de Enfermagem												
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar												
Comissão de Verificação de Óbitos												
Comissão de Farmácia Terapêutica												
Comissão de Biossegurança												
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários												
CIPA/SESMT												
Equipe Multiprofissional de Nutricional												
Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde												

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente												
NIR												
Comissão de Humanização												
Demais Comissões a propor												
ACOLHIMENTO												
Manual Com Indicação Das Formas De Notificação, Recepção, Orientação Social E Apoio Psicossocial Aos Usuários E Familiares Na Emergência Conforme Classificação De Risco												
Instrução Com Definição De Horários, Critérios E Medidas De Controle De Risco Para As Visitas Aos Usuários												
ATENDIMENTO												
Implantação De Orientações Quanto Às Formas De Acomodação E Conduta Para Os Acompanhantes												
Implantação De Serviço De Atendimento Ao Usuário Com Realização Periódica De Pesquisa De Satisfação Do Usuário,												

Com Definição De Uso Das Informações												
Organização do Serviço de SDN												
MONITORAMENTO DA GESTÃO												
Monitoramento de Indicadores De Desempenho Hospitalar De Qualidade, De Produtividade E Econômico-financeiros: Indicadores Selecionados, Sistemáticas De Aplicação De Ações Corretivas.												

Observação: O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** implantará as comissões obrigatórias e acessórias no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO ainda** que as mesmas citadas no cronograma de implantação não estejam no plano de trabalho (item 6.1), entretanto, como escopo de desenvolvimento e implementação de ações que possam melhorar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e a efetividade das atividades de cuidado prestadas pelas equipes do hospital.

7. Anexo

Esta Proposta Técnica tem a validade de 120 (cento e vinte) dias a contar de sua abertura, e todos os custo necessários para gestão e operacionalização dos serviços objeto da presente Seleção Pública, com base nos quantitativos das metas, encontra-se inseridos nesta proposta, e descritos na Planilha Financeira em anexo.

Brasília (DF), 06 de setembro de 2023.

Evane de Lurdes Ferreira Simonassi Corbacho
Presidente
Instituto Saúde e Cidadania

ANEXO

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.1.3. Critério FA.3: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

001317

QUALIFICAÇÃO E EXPERIÊNCIA INSTITUCIONAL

GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- Gestão de Unidade própria e privada

1. Hospital Day Clinic

Espaço de saúde com serviços especializados, a Day Clinic funciona em Araguaína no Tocantins. Serviço próprio do ISAC - Instituto Saúde e Cidadania para promoção de saúde e bem-estar, a Day Clinic possui serviços médicos, multiprofissionais e estéticos. A unidade foi criada em 20 de julho de 2016.

2. Hospital São Mateus

Projetado para preencher os anseios da população, atuando no mercado de saúde em Brasíllia desde 1996, os profissionais que gerenciam o grupo possuem grande expertise no setor. O Hospital São Mateus atende a população desde 2009 com pioneirismo e excelência.

Unidade	Período de Vigência	Tempo de experiência
Hospital Day Clinic	20/11/2017 a 20/11/2021	> 4 anos
Hospital São Mateus	11/02/2012 a 26/09/2014	>2 anos

001318

001318

ISAC

GESTÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- Experiência em gestão de Multicentro de Saúde

1. Multicentro de Saúde Carlos Gomes - CNES 0003956

Localizado em um dos bairros mais tradicionais da capital baiana, o Multicentro Carlos Gomes é o maior, mais antigo e procurado centro de especialidades da rede municipal de Salvador. A unidade é referência em serviços ambulatoriais, com oferta de exames e consultas especializadas. Dispõe de atendimento com equipe multidisciplinar e em mais outras 27 especialidades médicas. Com cerca de 16 mil atendimentos/mês. Fazendo inclusive apoio as UBS – Unidades Básicas de Saúde da região.

2. Multicentro de Saúde Vale das Pedrinhas - CNES 7462859

O Multicentro de Saúde Vale das Pedrinhas realiza atendimento ambulatorial e consultas especializadas de baixa e média complexidades. Os serviços multidisciplinares oferecidos pela unidade são nas seguintes áreas: Ginecologia, Pediatria, Clínica Médica, Cardiologia, Angiologia, Endocrinologista, Gastroenterologista, Neurologia, Dermatologia, Mastologia, Oftalmologia, Urologia, Ortopedia, Hepatologia e Hematologia (para atendimento do Programa de Doença Falciforme e Hepatites Virais). Também há atendimento gratuito em Psicologia, Fisioterapia, Nutrição e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Radiologia, Eletrocardiograma, Ultrassonografia e Análises Clínicas). Com cerca de 10 mil atendimentos/mês. Inclui em seus serviços suporte as UBS – Unidades Básicas de Saúde da região.

3. Ambulatório Municipal de Especialidades Médicas

Sob gerenciamento desde 9 de julho de 2019 está localizado em um novo espaço, nas dependências do UNITPAC. São gerados no atendimento ambulatorial cerca de 40 mil exames anuais, como: endoscopia, eletrocardiograma, ultrassonografia, raio-x, exames laboratoriais, dentre outros. Além disso, oferece consultas médicas nas seguintes especialidades: cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, ortopedia, pequena cirurgia, pediatria, psiquiatria, reumatologia e cirurgia pediátrica.

http://www.isac.org.br
Setor Comercial Sul Quadra 09, Bloco - C
Torre C, Ed. Parque Cidade Corporate Sal
SCS, Brasília - DF, 70308-200

QMENTUM IQG
CERTIFICADO DIAMOND

objetivo é prestar assistência médica para quadros clínicos menos complexos ou crônicos em nível ambulatorial, ou seja, os casos a serem cuidados nesse ambiente são casos de baixa complexidade, que não ofereçam risco imediato à vida do paciente, sendo assim o local adequado para acompanhamento e investigação de problemas de saúde que não apresentam gravidade.

Unidade	Período de Vigência	Tempo de experiência
Multicentro de Saúde Carlos Gomes	01/08/2020 a atual	>3 anos
Multicentro de Saúde Vale das Pedrinhas	01/08/2020 a atual	>3 anos
Ambulatório Municipal de Especialidades Médicas	23/04/2018 a atual	>5 anos

001320

001320

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

GESTÃO DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – UBS e/ou UBS com ESF

1. Unidade Básica de Saúde José de Sousa Resende

Localizada à Rua São João Batista, Lote 2, Quadra 1D, no Setor Alto Bonito. Foi referência no enfrentamento à Covid-19, compreendendo intervenções, vigilância da saúde nos territórios e área de abrangência, atenção à saúde do usuário como porta de acesso ao serviço de saúde, monitoramento e direcionamento dos grupos vulneráveis e manutenção das atividades da atenção básica. Composta por 10 equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF realizando uma média mensal de 9479 atendimentos.

2. Unidade Básica de Saúde Albeny Soares de Paula

Localizada no bairro de St Couto Magalhaes em Araguaína - TO, na região Ocidental do Tocantins. Foi referência no enfrentamento à Covid-19, compreendendo intervenções, vigilância da saúde nos territórios e área de abrangência, atenção à saúde do usuário como porta de acesso ao serviço de saúde, monitoramento e direcionamento dos grupos vulneráveis e manutenção das atividades da atenção básica. Composta por 10 equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF realizando uma média mensal de 9479 atendimentos.

3. Unidade Básica de Saúde Raimundo Gomes Marinho

Localizada na Rua Faisão, Lote Maracana. Foi referência no enfrentamento à Covid-19, compreendendo intervenções, vigilância da saúde nos territórios e área de abrangência, atenção à saúde do usuário como porta de acesso ao serviço de saúde, monitoramento e direcionamento dos grupos vulneráveis e manutenção das atividades da atenção básica. Composta por 10 equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF realizando uma média mensal de 9479 atendimentos.

4. Unidade Básica de Saúde JK

Localizada na Avenida Araguaci, nº 5, bairro JK. Foi referência no enfrentamento à Covid-19, compreendendo intervenções, vigilância da saúde nos territórios e área de abrangência, atenção à saúde do usuário como porta de acesso ao serviço de saúde,

001321

001321

monitoramento e direcionamento dos grupos vulneráveis e manutenção das atividades da atenção básica. Composta por 10 equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF realizando uma média mensal de 9479 atendimentos.

Unidade	Periodo de Vigência	Tempo de experiência
Unidade Básica de Saúde José de Sousa Resende	02/05/2020 a 20/06/2022	>2 anos
Unidade Básica de Saúde Albeny Soares de Paula	02/05/2020 a 20/06/2022	>2 anos
Unidade Básica de Saúde Raimundo Gomes Marinho	02/05/2020 a 20/06/2022	>2 anos
Unidade Básica de Saúde JK	02/05/2020 a 20/06/2022	>2 anos

001322

001322

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

GESTÃO DE UNIDADE DE SAÚDE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Experiência em gestão de Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h Porte III

1. UPA 24h Trapiche da Barra – CNES 7911238

Unidade de pronto atendimento localizada no bairro Ponta Grossa, na cidade de Maceió – AL. É a única UPA do Estado alagoano com reconhecimento da ONA - Organização Nacional de Acreditação, a certificação é concedida aos estabelecimentos de saúde com padrão ouro de qualidade e segurança do paciente, sendo assim foi classificada como ONA tipo II. Inclui também a certificação internacional canadense Qmentum, que é concedida quando a unidade é identificada com padrões de políticas e práticas que contribuem para um atendimento de alta qualidade, que seja seguro e gerido de forma eficaz. Tem capacidade para atender cerca de 15 mil pacientes/mês, com serviços de urgência em Ortopedia, Odontologia e Pediatria.

2. UPA 24h Benedito Bentes – CNES 9056971

Unidade de pronto atendimento situada na parte alta da cidade de Maceió - AL, com atendimento médio de 15 mil pacientes/mês. Conta com equipes completas para acolhimento das demandas de urgência e emergência clínica, pediátrica e odontológica. Além de já ter recebido sobre nossa gestão várias premiações e certificados, como ONA – Organização Nacional de Acreditação, e inclui também a certificação internacional canadense Qmentum, que é concedida quando a unidade é identificada com padrões de políticas e práticas que contribuem para um atendimento de alta qualidade, que seja seguro e gerido de forma eficaz.

3. UPA 24h Dom Helder Câmara – UPA Cidade Nova – CNES 7112831

Unidade de pronto atendimento localizada em Ananindeua - PA, com atendimento médio de 15 mil pacientes/mês. Realiza atendimento em clínica geral, pediatria, traumatologia e odontologia, sendo a única do Município a oferecer serviços nas duas últimas especialidades. A UPA possui o total de 21 leitos, sendo 15 na sala de observação de urgência (amarela), 4 na sala de emergência (vermelha) e 2 privativos. A sua estrutura

001323

001353

também comporta: sala de nebulização, sala de medicação, sala de sutura e curativo, 7 consultórios, incluindo um odontológico, laboratório 24h, farmácia clínica, Raio-X, sala de realização de ecocardiograma e sala de surtos epidemiológicos. Em nossa gestão, possuiu sistema totalmente informatizado, fazendo com que o espaço não utilizasse papel, como também garantiu acesso diferenciado de entrada e saída de ambulâncias, com ingresso direto às salas vermelha e amarela, promovendo mais agilidade no atendimento de pacientes graves. Assumimos a unidade com uma condição estrutural bem deteriorada, e em um ano já fomos bastante elogiados pelos órgãos de controle da região.

4. UPA 24h Mansões Odisseia – CNES 0431451

Localizada na região central de Águas Lindas de Goiás, a UPA conta com equipes completas e qualificadas para acolhimento das demandas de urgência e emergência. É classificada como porte III, Opção VIII e atende ininterruptamente em regime 24 horas, acolhendo prioritariamente as ocorrências de saúde dos moradores de mais de 10 bairros de Águas Lindas de Goiás, mas também recebemos pacientes do entorno. Conta com a certificação internacional canadense Qmentum, que é concedida quando a Unidade é identificada com padrões de políticas e práticas que contribuem para o atendimento de alta qualidade e que seja seguro e gerido de forma eficaz. Sob gestão compartilhada entre a Prefeitura local e o ISAC – Instituto Saúde e Cidadania, a unidade segue um modelo de governança assistencial que garante à população uma assistência humanizada, segura e de qualidade.

5. UPA 24h San Martin – CNES 7521316

A unidade tem capacidade para atender até 550 pacientes por dia e conta com 25 leitos distribuídos entre os de reanimação, observação, pediátrico e de isolamento. Possui ainda salas de inaloterapia, administração de medicamentos, Raio X, Ecocardiograma, Ultrassonografia, Farmácia Satélite, Laboratório e Almoxarifado, além de uma base do SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência para otimizar o socorro à vida no bairro e imediações. O equipamento faz parte do Distrito Sanitário São Caetano/Valéria e oferece, ininterruptamente, em regime 24 horas, serviços de urgência e emergência

001324

001354

nas áreas de Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia, Odontologia, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Farmácia, Apoio Diagnóstico e Bioimagem.

- Experiência em gestão de Unidade Pronto Atendimento – UPA 24h Porte II

6. UPA 24h Anatólio Dias Carneiro – CNES 6886345

Unidade de pronto atendimento na cidade de Araguaína - TO, com atendimento médio de 10 mil pacientes/mês. Possui 23 leitos de observação, sendo 18 de observação geral e 5 de urgência. A sua estrutura também conta com salas de medicação, nebulização, sutura, coleta de exames, raio-X e ecocardiograma, além de 5 consultórios e 1 laboratório. O atendimento é focado nas especialidades de Clínica Médica e Pediatria. Fomos reconhecidos com a certificação canadense Qmentum, que é concedida quando a unidade é identificada com padrões de políticas e práticas que contribuem para um atendimento de alta qualidade, que seja seguro e gerido de forma eficaz.

7. UPA 24h Daniel Berg – Ícuí – CNES 7278888

Unidade de pronto atendimento localizada no em Ananindeua - PA. Realiza atendimento nas áreas de clínica geral e pediatria. No total, possui 14 leitos, sendo 9 nas salas de observação, 3 na sala de estabilização de paciente crítico e 2 no quarto privativo (isolamento). A estrutura também conta com a sala de nebulização, sala de medicação, sala de sutura e curativo, 3 consultórios, laboratório 24h, farmácia clínica, Raio-X e ECG. Além disso, adota o protocolo internacional Manchester para classificação de risco, dando maior qualidade, agilidade e humanização ao atendimento.

8. UPA 24H Santa Paula – CNES 7549156

A UPA atende, em média, cerca de 340 pacientes por dia. Com funcionamento ininterrupto durante os 7 dias da semana, inclusive nos feriados, em regime 24 horas, a unidade exclusivamente no período de pandemia contou com mais leitos de suporte ventilatório do que o habitual, isso aconteceu pela unidade ter sido readaptada para atendimento específico de pacientes com síndromes gripais e suspeita de Covid-19. A UPA Santa Paula conta com equipamentos de apoio diagnóstico e de exames laboratoriais, bem como leitos de sala vermelha com toda estrutura para o acolhimento

001325

dos casos mais graves. A unidade adota o modelo de governança assistencial garantido pela Trilha Vital - sistema de gestão assistencial com processos, políticas e protocolos bem definidos, compartilhados e com resultados mensurados, que traz como resultado assistência resolutiva e qualificada, baseada nos princípios do acolhimento humanizado e segurança do paciente. A unidade é custeada pela Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa, no Paraná.

- Experiência em gestão de Unidade Pronto Atendimento – UPA 24h Porte I

9. UPA 24h Irmã Dulce – CNES 7372116

Unidade de pronto atendimento na cidade de Marechal Deodoro - AL, com atendimento médio de 5 mil pacientes/ mês. A unidade é nova e com estrutura bem enxuta e resultados sempre excelentes no que diz respeito as metas, onde a área de atendimento oferecida é de clínica médica.

Unidade	Periodo de Vigência	Tempo de experiência
UPA Trapiche da Barra	10/06/2015 a atual	>8 anos
UPA Benedito Bentes	19/04/2016 a atual	>7 anos
UPA Anatólio Dias Carneiro	23/04/2018 a atual	>5 anos
UPA Cidade Nova	31/10/2018 a 31/12/2021	>2 anos
UPA Irmã Dulce	01/03/2019 a 04/01/2021	>1 ano
UPA Icui	30/01/2020 a 31/12/2021	>1 ano
UPA Santa Paula	29/05/2021 a 27/09/2022	>1 ano
UPA Mansões Odisseia	01/07/2021 a 30/06/2023	>2 anos
UPA San Martin	01/10/2022 a atual	10 meses

001326

001350

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

GESTÃO DE UNIDADE HOSPITALAR

1. **Hospital Municipal Antônio Teixeira Sobrinho – HMATS – CNES 2467372**

Unidade hospitalar de característica Geral, com unidade de Hemodiálise dentro do mesmo, pactuado para atender mais de 20 cidades, abrangendo uma população de cerca de 400 mil habitantes, na cidade de Jacobina - BA. Com serviço prestado por tempo maior de 12 meses. Com capacidade de 120 leitos.

2. **Hospital Geral Professor IBGatto Falcão – HOSPIGAF – CNES 2720043**

Hospital Geral do Estado de Alagoas, situado no município de Rio Largo – AL, apresentando características de hospital Maternidade referência para os moradores de Rio Largo e das cidades vizinhas, porém atendendo toda demanda da região em seu pronto-socorro. Com atendimento nas especialidades de Clínica médica, Obstetrícia, Pediatria, Anestesia, Neonatologia e Saúde Mental. Em 2020, com a pandemia da Covid-19, a unidade mudou seu perfil de atendimento e passou a ser referência para casos de baixa complexidade do novo Coronavírus. Com capacidade para 40 leitos, considerado Hospital de Pequeno Porte.

3. **Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado – HMA – CNES 3663051**

Referência no atendimento pediátrico para todo o Tocantins, fica situado em Araguaína. Oferta os serviços de UTI pediátrica, internação pediátrica, cirurgias pediátricas eletivas e de urgência/emergência. Dispõe de 61 leitos, distribuídos entre enfermaria, estabilização e UTI. Também oferece Exames Laboratoriais, Radiografias, Eletrocardiograma, Ecocardiograma Transtoráxico com Doppler e Ultrassonografia Transvaginal, Obstétrica e Mamária. Mas também fazendo toda referência oftalmológica e ambulatorial da região, oferta o serviço de residência médica em Pediatria. Desde novembro de 2019 o HMA é referência nacional em Cirurgias Cardíacas Pediátricas, tendo realizado mais de 100 procedimentos. O Hospital também conta com o serviço de Cirurgia Pediátrica especializada, de dezembro de 2018 a dezembro de 2020 o serviço somou cerca de 774 cirurgias realizadas.

001327

001327

4. **Hospital Estadual Jorge Saad, reconhecido como Hospital de Campanha de Combate à Covid-19 - HECC**

Unidade preparada com 60 leitos clínicos e 10 UTI's - Unidade de Terapia Intensiva. Os pacientes atendidos pelo HECC foram encaminhados pela Central Estadual de Regulação, que é gerenciada pela Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. A unidade era de uso restrito aos pacientes com Covid-19.

5. **Hospital Municipal de Campanha – HMC**

Primeiro Hospital de Campanha do Estado do Tocantins, o Hospital Municipal - Unidade Covid-19 de Araguaína foi implantado em maio de 2020 na Vila Norte. Em sua estrutura conta com 20 leitos clínicos, 6 leitos de estabilização e 20 leitos de UTI - Unidade de Terapia Intensiva. O Hospital Municipal conta também com pronto atendimento 24 horas exclusivo para Covid-19. Com capacidade total de 46 leitos.

6. **Hospital Municipal Bom Jesus – HMBJ – CNES 2442728**

Com capacidade de realizar cerca de 10 mil atendimentos por mês, o Hospital Bom Jesus é um dos principais equipamentos de saúde de Águas Lindas de Goiás e região. O Hospital atende casos de baixa e média complexidades e oferta os serviços de internação clínica e cirúrgica, bem como pronto atendimento de urgência e emergência para Covid-19, Ortopedia e Clínica Médica. A Unidade possui 47 leitos de internação sendo 7 para clínica cirúrgica. O Centro Cirúrgico da unidade, que já realizou mais de 200 procedimentos desde sua reinauguração pelo ISAC, conta com 2 salas de cirurgia e 3 leitos de recuperação anestésica, estando equipado para cirurgias geral e ortopédicas de menor complexidade. O Hospital conta também com laboratório de análises clínicas, radiologia, eletrocardiograma, Eletrocardiograma, Hemoterapia e Sala para pequenos procedimentos. A unidade está localizada na Avenida Brasília, é custeada pela Prefeitura local e gerenciada pelo ISAC – Instituto Saúde e Cidadania. O Hospital funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, seguindo um modelo de governança assistencial que garante à população uma assistência humanizada, segura e de qualidade.

001328

001328

7. Hospital Estadual Dirceu Arcoverde – HEDA – CNES 8015899

É localizado na cidade de Parnaíba, no estado do Piauí, sendo referência para 34 municípios da planície litorânea e cocais piauienses. Atende casos de média e alta complexidade por meio de 3 prontos-socorros: adulto, pediátrico e obstétrico. Em 1 Mês de Gestão, o ISAC fez mais de 10.000 atendimentos, Nova Geração de Equipamentos, Parque Tecnológico Renovado, Fluxos e Sistemas Aperfeiçoados, Treinamento Intensivo para Equipe Multidisciplinar. Com capacidade total de 288 leitos.

Unidade	Periodo de Vigência	Tempo de experiência
Hospital Municipal Antônio Teixeira Sobrinho - HMATS	13/10/2014 a 01/09/2015	11 meses
Hospital Professor IBGatto Falcão - HOSPIGAF	31/07/2018 a 09/09/2022	>4 anos
Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado - HMA	23/04/2018 a atual	>5 anos
Hospital Estadual Jorge Saad – Hospital de Campanha de Combate à Covid-19 - HECC	07/08/2020 a 31/12/2021	>1 ano
Hospital Municipal de Campanha – HMC	24/04/2020 a 19/04/2022	>2 anos
Hospital Municipal Bom Jesus – HMBJ	01/07/2021 a 30/06/2023	>2 anos
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde - HEDA	01/07/2023 a atual	01 mês

001329

001353

ANEXO

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.2.3 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

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

001330

001330

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Secretaria de Estado da Saúde - SESAPI, neste ato representada pelo Secretário, o Sr. **ANTONIO LUIZ SOARES SANTOS**, inscrito no CPF/MF sob o nº 057.220.698-41, ATESTA, para os devidos fins, que o **INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA – ISAC,** associação sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o nº 14.702.257/0001-08, com sede no Setor Comercial Sul-SCS Quadra 09 Bloco C. Torre C. Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul, Brasília – DF, CEP 70.308-200, realiza, desde 01/07/2023, **o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde – HEDA,** por meio do Contrato de Gestão N° (36 / 2023), com vigência de 01/07/2023 até 01/07/2028.

Vale ressaltar que o Instituto - ISAC vem apresentando bom desempenho na gestão e operacionalização da referida unidade e tem cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, comercial e operacionalmente até a presente data.

Teresina - PI, 22 de Agosto de 2023.

ANTONIO LUIZ SOARES SANTOS:05722069841
Assinado de forma digital por ANTONIO LUIZ SOARES SANTOS:05722069841
Dados: 2023.08.22 16:58:41 -03'00'

ANTONIO LUIZ SOARES SANTOS
Secretário de Estado da Saúde

001331

001331

RESUMO OBJETO CONTRATO	DO DO	O objeto do presente termo aditivo é o aluguel do imóvel situado na **Rua Sobral nº 1211, Bairro Tranqueira - Altos- PI, ao lado da Unidade Escolar Anisio Lima**, com uma área correspondente a 350,16 m2 para o funcionamento de todos os setores administrativos da Unidade Escolar Afonso Mafrense, por mais 12 (doze) meses, pelo período de **22/06/2023 a 22/06/2024**.
PRAZO VIGÊNCIA	DE	**12 (doze) meses**
PRAZO EXECUÇÃO	DE	**12 (doze) meses**
DATA ASSINATURA CONTRATO	DA DO	21/06/2023
VALOR GLOBAL		**R$ 14.544,00** (Quatorze Mil , Quinhentos e Quarenta e Quatro Reais).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	Unid. Orçamentária	de	Plano Trabalho	de	Elemento Despesa	de	Fonte Recursos	de
	14102		12362022964		3.3.90.36		500	

FONTE RECURSOS	DE	500
NATUREZA DESPESA	DA	3.3.90.36
Nº NOTA DE RESERVA NO SIAFE		2023NR01781
Nº RESERVA ORÇAMENTÁRIA NO SIAFE		2023RO05364
SIGNATÁRIOS CONTRATO	DO	FRANCISCO WASHINGTON BANDEIRA SANTOS, Secretário de Estado da Educação do Piauí - Locatário. ANTÔNIO ALVES DOS SANTOS - Locador.

(*assinado eletronicamente*)
Francisco Washington Bandeira Santos
Secretário de Estado da Educação do Piauí

REF.13772

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ - SESAPI

EXTRATO DO CONTRATO Nº 36/2023	
Nº do processo SEI	00012.016856/2023-62
Nº Automático de Contrato no SIAFE-PI	23003236
Modalidade de licitação (se for o caso)	Chamamento Público Nº 01/2023 - SESAPI
Fundamento legal	Lei Estadual nº 5.519 de 13 de dezembro de 2005 e Decreto nº 22.089 de 19 de maio de 2023, bem como nas normas federais vigentes sobre a matéria e, ainda, no regramento correspondente às Normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS
Contratante	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ – SESAPI
Codificação da UG no SIAFE	170101 001332
Contratado	INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA
CNPJ/CPF do Contratado	14.702.257/0001-0
Resumo do objeto do contrato	Gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades do HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE – HEDA

001335

A

Prazo de vigência	60 (sessenta) meses
Data de assinatura do contrato	20/06/2023
Valor mensal	R$ 13.015.666,53 (treze milhões quinze mil seiscentos e sessenta e seis reais e cinquenta e três centavos)
Fonte de Recursos	500 600 601 659 707
Natureza da Despesa	335085
Nº Nota de Reserva no SIAFE	2023NR03840 2023NR03937 2023NR03938 2023NR03939 2023NR04006
Nº Nota Patrimonial no SIAFE	2023RO05795 2023RO05797 2023RO05798 2023RO05800 2023RO05801
Signatários do contrato	Pela Contratante: ANTÔNIO LUIZ SOARES SANTOS Pela Contratada: ANTÔNIO CARLOS DRUMMOND FILHO

Antônio Luiz Soares Santos
Secretário de Estado da Saúde do Piauí

REF.13773

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DO PIAUÍ - FAPEPI-PI

EXTRATO PUBLICAÇÃO CONTRATO Nº 004/2023	
Processo Administrativo	00110.000162/2023-03
Número Automático de Contrato no SIAFE-PI	23003138
Fundamentação Legal	LEI 8.666/93
Contratante	FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DO PIAUÍ – FAPEPI
Codificação da UG no SIAFE-PI	200203
Contratada	**BRASÃO VIGILÂNCIA E SEGURANÇA LTDA.**
CNPJ da Contratada	19.923.146/0001-37
Objeto	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE NATUREZA CONTINUADA DE LOCAÇÃO DE MÃO DE OBRA DE VIGILÂNCIA ARMADA**
Data da Assinatura da Minuta do Contrato	05/07/2023
Valor do Contrato	R$ 137.106,00 (cento e trinta e sete mil, cento e seis reais) no período de 12(doze) meses
Nº da Nota de Reserva	2023NR00244 (DOC SEI nº 8135338)
Nº da Nota de Reserva Orçamentária	2023RO05401 (DOC SEI nº 8147048) 001333
Dotação Orçamentária	UG 200203
Fonte Recursos	500 – TESOURO ESTADUAL

001333

ANEXO

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.2.3 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

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

001334

00134

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA DE JACOBINA
C.N.P.J. 14.197.586/0001-30 - Rua Senador Pedro Lago, 40 - Centro.
Telefone: (074) 3621-2590 / Fax: (074) 3621-3233

Ofício de Notas e Protesto de CARTÓRIO JK

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins de direito, que o INSTITUTO, SAÚDE E CIDADANIA – ISAC, pessoa jurídica de direitos privados sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 14.702.257/0001-08, com sede ao Setor Comercial Sul, Quadra 09, Bloco C, Torre C, Ed. Parque Cidade Corporate, Sala 1001, Asa Sul, Brasília – DF, vem executando o seguinte contrato de gestão com a Secretaria de Municipal de saúde do Munícipio de Jacobina – BA, no que concerne a:

GESTÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL ANTÔNIO TEIXEIRA SOBRINHO:

- Contrato de Gestão Nº 527/2014 CONTRATO DE GESTÃO;

Hospital conta com 47 leitos de Clinica Médica, 26 Leitos de Clínica Cirúrgica, 12 Leitos de Clínica Obstétrica e 18 Leitos de Clínica Pediátrica, um centro de Nefrologia para realização de Hemodiálise com 20 leitos, o que totalizam 123 leitos. Onde são realizados serviços de Patologia Clínica, Radiologia Convencional, Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Consulta Médica de Atenção Especializada, Atendimento de Urgência c/ Observação, Atendimento Ortopédico c/ imobiliza, Cirurgias Ambulatoriais Especializados e Cirurgias Osteomoleculares.

Declaramos que os serviços executados cumprem determinado em contrato quanto à qualidade do serviço prestado e prazos.

Jacobina, 09 de Janeiro de 2015.

RUI REI MATOS MACEDO
Prefeito Municipal

001335

1º Ofício de Notas e Protesto de Brasília
CRS Quadra 505 - Bloco C - Lotes 1, 2 e 3 | CEP: 70.350-530 | Brasília - DF
Fone: (61) 3799-1515 | www.cartoriojk.com.br
Tabelião: Mc Arthur Di Andrade Camargo
CARTÓRIOJK
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original.(Lei n.8.935/94)
Brasília-DF, 15 de Fevereiro de 2022
MADSON JOSÉ SANTOS DIAS
ESCREVENTE
Consultar selos: www.tjdft.jus.br
375 - Selo:TJDFT20220010208947DTXC

Diário Oficial do MUNICÍPIO

Prefeitura Municipal de Jacobina

1 Sexta-feira • 26 de Setembro de 2014 • Ano IX • Nº 987

Esta edição encontra-se no site: www.jacobina.ba.io.org.br em servidor certificado ICP-BRASIL

Prefeitura Municipal de Jacobina publica:

- **Ratificação, Homologação e Adjudicação do Processo Administrativo Nº 418/2014 -** Objeto: Contratação direta que tem por objeto a prestação de serviço gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população, no Hospital Municipal Antônio teixeira sobrinho, localizado na sede do município de Jacobina/Ba.

001336

Gestor - Rui rei Matos Macedo / Secretário - Governo / Editor - Ass. de Comunicação
Rua Senador Pedro Lago, 40 - Centro

CERTIFICAÇÃO DIGITAL: TFAWUOUEWWCM1JRWFAVVEW

Atos Administrativos

PREFEITURA MUNICIPAL DE JACOBINA-BAHIA

Ratificação, Homologação e Adjudicação

O Prefeito Municipal de Jacobina, no uso de suas atribuições legais, ratifica, homologa e adjudica o processo administrativo Nº 418/2014 de contratação direta que tem por objeto a Prestação de serviço GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população, no HOSPITAL MUNICIPAL ANTÔNIO TEIXEIRA SOBRINHO, LOCALIZADO NA SEDE DO MUNICÍPIO DE JACOBINA/BA, ESTADO DA BAHIA, por entidade de direito privado sem fins lucrativos, através da empresa INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC. que reúne as condições necessárias à plena satisfação do objeto pretendido pela Administração Municipal, atendendo ao disposto no **art. 24, inciso XXIV, da Lei 8.666/93.**

O Valor total da contratação é de **R$ 15.598.600,75** (Quinze milhões quinhentos e noventa e oito mil, seiscentos reais e setenta e cinco centavos), JACOBINA, 25 de Setembro de 2013 - xxx – Prefeito Municipal .

001337

ANEXO

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.2.3 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

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

001338

001338

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido da interessada e para fins de prova, aptidão de desempenho e atestado de execução, que o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, pessoa jurídica associativa privada, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 14.702.257/0001-08, estabelecida no Setor Comercial Sul – SCS, Quadra 09, Bloco C, Torre C, Ed. Parque Cidade Corporate, Sala V.1001, Asa Sul, Brasília (DF) – 70308-200, qualificada como Organização Social no Âmbito do Município de Araguaína (TO), executa a gestão e operacionalização desde 23.04.2018, do Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado, CNES 3663051, classificada como Hospital Porte Médio, com 44 Leitos Clínicos e Cirúrgicos , 06 Leitos de UCI Pediátrica, 10 Leitos de UTI Pediátrica, com a média de 300 (trezentos) pacientes saídos mensais, por força do Contrato de Gestão Emergencial nº 22/2018.

Registramos, ainda, que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo a empresa cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Araguaína (TO), 01 de agosto de 2018

Ana Paula dos Santos Andrade Abadia
Superintendente de Atenção Especializada
Portaria 122/2018

5 OFICIO DE NOTAS R CIVIL E PROT - DF
AUTENTICO, para os devidos efeitos, a
presente fotocopia que e reproducao fiel
do documento que me foi apresentado,nos
termos da Lei n 8.935 de 18.11.1994.
08 de Outubro de 2018

EUNICE MARREIRA DE ARAUJO-ESCREVENTE
Selo: TJDFT20180400479498ZUMD
Para consultar o selo www.tjdft.jus.br

001339

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína, neste ato representada pela sua Secretária, **Ana Paula dos Santos Andrade Abadia**, inscrita no CPF/MF sob o n° 763.475.401-34, nomeada através da Portaria n° 057/2020, publicada no DOM n° 2.017 de 13 de março de 2020, **ATESTA**, para os devidos fins, que o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, associação sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o n° 14.702.257/0001-08, com sede no Setor Comercial Sul – SCS, Quadra 09, Bloco C, Torre C, Ed. Parque Cidade Corporate, Sala 1001, Asa Sul, Brasília (DF) – 70308-200, realiza a gestão compartilhada através do Termo de Colaboração n° 002/2020 para as ações e serviços de saúde de enfrentamento à Pandemia pelo novo coronavírus, desde maio de 2020, que compreendem **01 Unidade Hospitalar (Hospital Municipal Dr. Eduardo Medrado – UNIDADE COVID)** com 20 leitos clínicos adulto, 20 leitos de UTI Adulto e 06 UTI Pediátrico, destinados a internação de casos suspeitos e confirmados de covid-19 e **04 (quatro) Unidades Básica de Saúde – UBS (UBS Jose de Sousa Resende, CNES 2467828 / UBS Albeny Soares de Paula, CNES 2467739/ UBS Raimundo Gomes Marinho, CNES 75180021 e UBS JK,)** composta de 10 equipes de Estratégia de Saúde da Família-ESF compreendendo os serviços de consultas, exames e procedimentos da Atenção Básica.

Araguaína,TO, 10 de novembro de 2021

Ana Paula dos Santos Andrade Abadia
Secretária Municipal de Saúde
Araguaína, Tocantins.

2° TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO
BRASÍLIA - DISTRITO FEDERAL
PAULO SIMÕES CORRÊA - TABELIÃO INTERINO - LUIZ SCHONARTH - TABELIÃO SUBSTITUTO
SRTV / SUL Q. 701 - CONJ. E - BL 01 - LOJA 24 - ANDAR TÉRREO - CENTRO EMPRESARIAL ASSIS CHATEAUBRIAND
FONE: (61) 3225-2760 - E-mail: oficio2df@uol.com.br - CEP 70340-908 - BRASÍLIA - DF

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
[JYw26AS3]-ANA PAULA DOS SANTOS ANDRADE ABADIA .....
.....
.....
.....
TJDFT20210020366944LKFO
Para consultar acesse: www.tjdft.jus.br
Em testemunho da verdade.
BRASÍLIA, 11 de Novembro de 2021
037 -RITA OLIDES BAIAO PEREIRA
ESCREVENTE NOTARIAL

QUALQUER EMENDA OU RASURA INVALIDARÁ O DOCUMENTO

1° Ofício de Notas e Protesto de Brasília
CRS Quadra 505 - Bloco C - Lotes 1, 2 e 3 | CEP: 70.350-530 | Brasília - DF
Fone: (61) 3799-1515 | www.cartoriojk.com.br
CARTÓRIOJK
Tabelião: Mc Arthur Di Andrade Camargo

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original.(Lei n.8.935/94)
Brasília-DF, 06 de Dezembro de 2022
REINALDO GOMES
ESCREVENTE
Consultar selos: www.tjdft.jus.br
281 - Selo:TJDFT20220011540308SJCR

001340

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína, neste ato representada pela sua Secretária, **Ana Paula dos Santos Andrade Abadia**, inscrita no CPF/MF sob o n° 763.475.401-34, nomeada através da Portaria n° 057/2020, publicada no DOM n° 2.017 de 13 de março de 2020, **ATESTA**, para os devidos fins, que o **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, associação sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o n° 14.702.257/0001-08, com sede no Setor Comercial Sul – SCS, Quadra 09, Bloco C, Torre C, Ed. Parque Cidade Corporate, Sala 1001, Asa Sul, Brasília (DF) – 70308-200, **realiza, desde 23.04.2018, o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado – HMA**, por meio dos Contrato de Gestão emergencial nº 022/2018 e Contrato de Gestão nº 001/2019 (atual), classificado como Hospital de Médio Porte com 61 Leitos distribuídos em leitos clínicos e cirúrgicos (45), 06 leitos de UCI Pediátrica, 10 leitos de UTI Pediátrica, com média de 300 pacientes saídos mensais, com referência em alta complexidade em Cirurgia Cardíaca Neonatal e Pediátrica para todo o Estado do Tocantins.

Registra-se que o ISAC apresenta bom desempenho na gestão e operacionalização tendo, inclusive, o referido hospital recebido no mês de outubro/21 a acreditação internacional Qmentum Diamante, a mesma tem cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, comercial e operacionalmente até a presente data.

Araguaína -TO, 10 de novembro de 2021

Ana Paula dos Santos Andrade Abadia
Secretária Municipal de Saúde
Araguaína, Tocantins.

001341

SELO DE AUTENTICIDADE
RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
[JYw26A54] - ANA PAULA DOS SANTOS ANDRADE ABADIA
Em testemunho da verdade.
BRASÍLIA, 11 de Novembro de 2021
037 - RITA OLIDES BAIAO PEREIRA
ESCREVENTE NOTARIAL
Para consultar acesse: www.tjdft.jus.br
TJDFT20210020366846JQXR
QUALQUER EMENDA OU RASURA INVALIDARÁ O DOCUMENTO
2º TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO
BRASÍLIA - DISTRITO FEDERAL

1º Ofício de Notas e Protesto de Brasília
CRS Quadra 505 - Bloco C - Lotes 1, 2 e 3 | CEP: 70.350-530 | Brasília - DF
Fone: (61) 3799-1515 | www.cartoriojk.com.br
Tabelião: Mc Arthur Di Andrade Camargo
CARTÓRIOJK
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original.(Lei n.8.935/94)
Brasília-DF, 06 de Dezembro de 2022
REINALDO GOMES
ESCREVENTE
Consultar selos: www.tjdft.jus.br
281 - Selo:TJDFT20220011540302TFOC

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido da interessada e para fins de prova, aptidão de desempenho e atestado de execução, que o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, pessoa jurídica associativa privada, inscrito no CNPJ/MF sob nº 14.702.257/0001-08, estabelecida no Setor Comercial Sul – SCS, Quadra 09, Ploco C, Torre C, Ed. Parque Cidade Corporate, Sala V.1001, Asa Sul, Brasília (DF) – 70308-200, qualificada como Organização Social no âmbito do Município de Araguaína (TO), executa a gestão e operacionalização do Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado, CNES 3663051, com 52 leitos clínicos e cirúrgicos, 06 leitos de UCI pediátrica, 10 leitos de UTI pediátrica, com a média de saídas hospitalares de 300 saídas mensais; com serviços de nefrologia, cirurgia pediátrica, neurologia, neurocirurgia, oncologia pediátrica, cardiologia pediátrica, cirurgia torácica; por força do contrato de Gestão Emergencial nº 22/2018.

Registramos, ainda, que as prestações dos serviços acima apresentam bom desempenho operacional e técnico-assistencial, tendo a empresa cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS

Araguaína (TO), 04 de janeiro de 2019.

Jean Luis Coutinho Santos
Secretário Municipal de Saúde
Portaria nº 005/2017

Jean Luis Coutinho Santos
Secretário Municipal de Saúde
Portaria 005/2017

Jean Luis Coutinho Santos
Secretário Municipal de Saúde
Portaria nº 005/2017

001342

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS

Bel. Maurício Melo Araújo
TABELIÃO

Iracema Moraes de Sousa
SUBSTITUTA

Rua 1º de Janeiro, 1155 - Centro - Araguaína - TO - CEP: 77.803-140 - Fones: (63) 3414-2222 / 3414-2224

Selo Digital nº 1283971AA747519-BLM
Confirme autenticidade:http://corregedoria.tjto.jus.br/index.php/selodigital
Reconheço por semelhança a assinatura de **JEAN LUIS COUTINHO SANTOS**, posto análoga à constante em nosso arquivo. Dou fé. 0091 - 637657. Araguaína-TO, 04 de janeiro de 2019.

Em test° da verdade.

Odílio Pereira Lima - Escrevente

Cartório do 2º Ofício de Notas de Araguaína-TO

1º Ofício de Notas e Protesto de Brasília
CRS Quadra 505 - Bloco C - Lotes 1, 2 e 3 | CEP: 70.350-530 | Brasília - DF
Fone: (61) 3799-1515 | www.cartoriojk.com.br
Tabelião: Mc Arthur Di Andrade Camargo
CARTÓRIOJK

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original.(Lei n.8.935/94)
Brasília-DF, 28 de Outubro de 2022
MARLUCIA DA SILVA MELO
ESCREVENTE
Consultar selos: www.tjdft.jus.br
381 - Selo:TJDFT20220011302769JSCH

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína, neste ato representada pela sua Secretária Ana Paula dos Santos Andrade Abadia, inscrita no CPF/MF sob o nº 763.475.401-34, nomeada através da Portaria nº 007/2021 publicada no DOM nº 2.216 de 01 de janeiro de 2021, ATESTA, para os devidos fins, que o **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC,** associação sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o nº 14.702.257/0001-08, com sede no Setor Comercial Sul-SCS Quadra 09 Bloco C. Torre C. Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul, Brasília – DF, CEP 70.308-200, realiza, desde 23.04.2018, **o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado – HMA,** por meio do Contrato de Gestão Emergencial N° 022/2018 e Contrato de Gestão N° 001/2019 (atual), com vigência de 13.01.2019 até 12.02.2024.

Classificado como Hospital de Médio Porte com 61 leitos distribuídos em: 45 leitos clínicos e cirúrgicos, 06 leitos de UCI Pediátrica, 10 leitos de UTI Pediátrica, com média de 300 pacientes saídos mensais, com referência em alta complexidade em Cirurgia Cardíaca Neonatal e Pediátrica para todo o Estado do Tocantins.

Registra-se que o ISAC apresenta bom desempenho na gestão e operacionalização da referida unidade e tem cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, comercial e operacionalmente até a presente data. Inclusive, por meio da gestão da mesma o referido Hospital recebeu no mês de Outubro/2021 a acreditação internacional Qmentum Diamante.

Araguaína - TO, 31 de Outubro de 2022.

gov.br Documento assinado digitalmente
ANA PAULA DOS SANTOS ANDRADE ABADIA
Data: 08/11/2022 19:09:45-0300
Verifique em https://verificador.iti.br

001343

Ana Paula dos Santos Andrade Abadia
Secretária Municipal de Saúde
Araguaína - Tocantins

prédio desta Unidade Escolar, observando o valor total estimado de R$ 22.800,00 (vinte e dois mil e oitocentos reais) que será disponibilizado em parcelas para pagamento mensal, no equivalente ao consumido e detalhado em fatura, tudo em conformidade com o disposto no processo nº 03/2019 da Associação de Apoio de Pais e Mestres da Escola Municipal José Nogueira.

Esta justificativa entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

REGISTRE-SE. PUBLIQUE-SE. CUMPRA-SE.

Associação de Apoio de Pais e Mestres da Escola Municipal José Nogueira em Araguaína, aos 07 dias do mês de janeiro de 2019.

Jandiaria Alves Santos
Presidente da Associação

Processo nº: 03/2018
Unidade: Associação de Apoio de Pais e mestres da Escola Municipal Santa Rosa
Assunto: Despesas de Serviço de Energia Elétrica

JUSTIFICATIVA DISPENSA DE LICITAÇÃO

CONSIDERANDO a necessidade da contratação de serviços de fornecimento de energia elétrica, visando atender o prédio que sedia atividades desenvolvidas pela Associação de Apoio de Pais e Mestres da Escola Municipal Santa Rosa.

RESOLVE DISPENSAR a realização de licitação, nos termos do Art. 24, inciso XXII da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, objetivando a contratação da Empresa ENERGISA TOCANTINS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A., inscrita no CNPJ sob o nº 25.086.034/0001-71 visando atender as necessidades do prédio desta Unidade Escolar, observando o valor total estimado de R$ 12.000,00 (doze mil reais) que será disponibilizado em parcelas para pagamento mensal, no equivalente ao consumido e detalhado em fatura, tudo em conformidade com o disposto no processo nº 03/2019 da Associação de Apoio de Pais e Mestres da Escola Municipal Santa Rosa.

Esta justificativa entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

REGISTRE-SE. PUBLIQUE-SE. CUMPRA-SE.

Associação de Apoio de Pais e Mestres da Escola Municipal Santa Rosa em Araguaína, aos 07 dias do mês de janeiro de 2019.

Jandiaria Alves Santos
Presidente da Associação

Processo nº: 03/2018
Unidade: Associação de Apoio de Pais e mestres da Escola Municipal Santa Tereza
Assunto: Despesas de Serviço de Energia Elétrica

JUSTIFICATIVA DISPENSA DE LICITAÇÃO

CONSIDERANDO a necessidade da contratação de serviços de fornecimento de energia elétrica, visando atender o prédio que sedia atividades desenvolvidas pela Associação de Apoio de Pais e Mestres da Escola Municipal Santa Tereza.

RESOLVE DISPENSAR a realização de licitação, nos termos do Art. 24, inciso XXII da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, objetivando a contratação da Empresa ENERGISA TOCANTINS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A., inscrita no CNPJ sob o nº 25.086.034/0001-71 visando atender as necessidades do prédio desta Unidade Escolar, observando o valor total estimado de R$ 12.000,00 (doze mil reais) que será disponibilizado em parcelas para pagamento mensal, no equivalente ao consumido e detalhado em fatura, tudo em conformidade com o disposto no process o nº 03/2019 da Associação de Apoio de Pais e Mestres da Escola Municipal Santa Tereza.

Esta justificativa entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

REGISTRE-SE. PUBLIQUE-SE. CUMPRA-SE.

Associação de Apoio de Pais e Mestres da Escola Municipal Santa Tereza em Araguaína, aos 07 dias do mês de janeiro de 2019.

Jandiaria Alves Santos
Presidente da Associação

SECRETARIA DA INFRAESTRUTURA

ORDEM DE SERVIÇO

O Secretário Municipal de Infraestrutura, no uso de suas atribuições autoriza a empresa CONSTRUTORA IPANEMA DO TOCANTINS LTDA de CNPJ Nº 12.203.244/0001-50 a iniciar a partir desta data, a execução dos serviços correspondentes ao contrato nº 003/2019, referente ao SERVIÇOS DE RECAPEAMENTO ASFÁLTICO, RECUPERAÇÃO DE DRENAGEM PLUVIAL E SUPERFICIAL E SINALIZAÇÃO VIÁRIA DO CENTRO ESPANDIDO LOTE IV, de acordo com às especificações técnicas constantes no memorial descritivo, e as descritas no contrato acima referenciado.

Araguaína, 21 de janeiro de 2019.

SIMÃO MOURA FÉ RIBEIRO
Secretário Municipal de Infraestrutura
Portaria 002/2017

CONSTRUTORA IPANEMA DO TOCANTINS LTDA.
CNPJ: 12.203.244/0001-50

TERMO DE RECONHECIMENTO DE DÍVIDA DE EXERCÍCIO ANTERIOR
(§1º, art. 22, Decreto nº 93.872/1986)

1. Processo nº: 2016042509
2. Órgão: Secretaria Municipal de Infraestrutura
3. Favorecido: I. C. Portela Construtora Eireli ME
4. Objeto: Contratação de empresa para administração e operacionalização incluindo locação de máquinas com operador, vigilância e manutenção do aterro de resíduos inertes do município de Araguaína – TO.

De acordo com a alínea "a" do §2º do art.22 do Decreto nº 93.872/1986, de 23/12/86, reconheço a dívida no valor de R$ 36.535,16 (Trinta e seis mil quinhentos e trinta e cinco reais e dezesseis centavos) referente a nota fiscal de nº 027 emitida ao dia 05/11/2018 junto a I. C. Portela Construtora Eireli ME CNPJ nº 18.225.380/0001-28, que tem como serviços administração e operacionalização incluindo locação de máquinas com operador, vigilância e manutenção do aterro de resíduos inertes do município de Araguaína – TO.

Informo que as respectivas despesas, embora tenham sido empenhadas à época devida (exercício de 2018), teve seu empenho anulado posteriormente por ter sido considerado insubsistente.

A despesa com este Reconhecimento de Dívida, no corrente exercício, no valor de R$ 36.535,16 (Trinta e seis mil quinhentos e trinta e cinco reais e dezesseis centavos), devidamente apropriada no elemento de despesa 3.3.90.92.39, vinculado à atividade 15.452.2011.2.339, Ficha 20190472, Fonte 010, da vigente Lei Orçamentária Anual.

SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA, Município de Araguaína, Estado do Tocantins, aos 21 dias do mês de janeiro de 2019.

Simão Moura Fé Ribeiro 001344
Secretário Municipal de Infraestrutura
Portaria nº 002/2017

SECRETARIA DA SAÚDE

EXTRATO DE CONTRATO DE GESTÃO

Contrato nº 001/2019
Processo nº 2018024224
Contratante: Secretaria Municipal de Saúde
Contratado: INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC
Objeto: Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado – HMA, Ambulatório Municipal de Especialidades - AME (média complexidade) e Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas, Anatólio Dias Carneiro (Opção V), para o atendimento da população própria do município de Araguaína e demais municípios pactuados em Programação Pactuada Integrada – PPI dos entes federados.
Modalidade: Chamamento Publico
Valor mensal: R$ 3.434.614,71 (três milhões, quatrocentos e trinta e quatro mil, seiscentos e quatorze reais e setenta e um centavos)
Valor total estimado: R$ 41.215.376,52 (quarenta e um milhões, duzentos e quinze mil, trezentos e setenta e seis reais e cinquenta e dois centavos)
Data da Assinatura: 11/01/2019
Vigência: de 13/01/2019 a 12/01/2024
Dotação:

Ação Orçamentária	Manutenção dos Serviços de Saúde Especializada
Funcional Programática	10.302.2062.2539
Fontes	0010 0040 0401 0441
Elemento de Despesa	33.90.39.79
Fichas	20191388 20190309 20191389 20191390

Signatário: Secretário Municipal de Saúde

Araguaína/TO, 11 de janeiro de 2019

Publique-se

JEAN LUIS COUTINHO SANTOS
Secretário Municipal de Saúde
Portaria nº 005/2017

PROCURADORIA

TERMO DE RECONHECIMENTO DE DÍVIDA DE EXERCÍCIO ANTERIOR
(§1º, art. 22, Decreto nº 93.872/1986).

1. Processo nº: 2018025900
2. Órgão: Procuradoria Geral do Município
3. Favorecido: V3 BRASIL-EVENTOS CORPORATIVOS E TURISMO EIRELI.

4. Objeto: Adesão à Ata de Registro de Preços do Pregão Eletrônico nº 039/2018, para registro de preços COMPRASNET, visando à contratação de empresa especializada na prestação de serviços de locação de estrutura física "estandes pré-moldados" destinados à realização do mutirão de regularização fiscal/2018.

De acordo com a alínea "a" do §2º do art.22 do Decreto nº 93.872/1986, de 23/12/86, reconheço a dívida no valor de R$ 157.108,40 (Cento e cinquenta e sete mil e cento e oito reais e quarenta centavos), junto a V3 BRASIL-EVENTOS CORPORATIVOS E TURISMO EIRELI. CNPJ nº 01.830.793/0001-39, contratação de empresa especializada na prestação de serviços de locação de estrutura física "estandes pré-moldados" destinados à realização do mutirão de regularização fiscal/2018.

Informo que a respectiva despesa, embora tenha sido empenhada à época devida (exercício de 2018), teve seu empenho anulado posteriormente por ter sido considerado insubsistente e as faturas correspondentes embora emitidas ainda 2018.

Ressalta-se que a presente despesa foi empenhada a época mediante a Nota de Empenho nº 4493, datada de 30 de novembro de 2018.

A despesa com este Reconhecimento de Dívida, no corrente exercício, no montante de R$ 157.108,40 (Cento e cinquenta e sete mil e cento e oito reais e quarenta centavos), devidamente apropriada a dotação orçamentária 21.2110.04.062.2007.2314.339039.99, Ficha 20181105, Fonte 00.10, da vigente Lei Orçamentária Anual.

PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA, ESTADO DO TOCANTINS, aos 22 dias do mês de janeiro de 2019.

Gustavo Fidalgo e Vicente
Procurador Geral do Município
Portaria nº 011/2017

PUBLICAÇÃO PARTICULAR

EDITAL DE COMUNICAÇÃO

A F. J. CRUZ, inscrito sob CNPJ: 07.041.711/0001-53, com nome fantasia de COL - CLINICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, torna público que requereu a Secretaria Municipal de Meio Ambiente - SPMACT a Licença Prévia (LP), de Instalação (LI) e Operação (LO), para atividade médica ambulatorial restrita a consultas, na Av. Tocantins, 1.905, Qd. 40 A, Lt. 01 - Centro - Araguaína/TO. O empreendimento se enquadra na Resolução COEMA nº 07/2005 que dispõe sobre o Licenciamento Ambiental.

001345

ANEXO

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.2.3 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS ativo e regular na área da Saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO

001346

001316

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 11/01/2021 | Edição: 6 | Seção: 1 | Página: 50

Órgão: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

PORTARIA Nº 9, DE 6 DE JANEIRO DE 2021

Defere a Concessão do CEBAS do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, com sede em Brasília (DF).

O Secretário de Atenção Especializada à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a Portaria nº 2.500/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 1/2021-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.076751/2020-80, que conclui pelo atendimento dos requisitos constantes da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS em percentual menor que 60% e por aplicação de percentual da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, CNPJ nº 14.702.257/0001-08, com sede em Brasília (DF).

Parágrafo único. A Concessão terá validade pelo período de 3 (três) anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da União (DOU).

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ OTAVIO FRANCO DUARTE

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

001347

001317

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE, INVESTIMENTOS E DESENVOLVIMENTO

DESPACHO Nº 1, DE 6 DE JANEIRO DE 2021

O DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE, INVESTIMENTOS E DESENVOLVIMENTO, no uso da atribuição que lhe confere o art. 7º da Portaria nº 2.218/GM/MS, de 21 de agosto de 2019, e em cumprimento ao disposto no Decreto nº 9.380, de 22 de maio de 2018, resolve:

1. Fica aprovada, a partir da publicação deste Despacho, a seguinte solicitação de readequação da rede física do SUS:

PROCESSO NUP: 25000.095820/2019-11

MUNICIPIO: GUARANTÃ DO NORTE/MT

ESTABELECIMENTO ORIGINALMENTE PACTUADO: Unidade de Pronto Atendimento - UPA I (Proposta SISMOB N° 138176110001/13-001)

READEQUAÇÃO SOLICITADA: Centro de Reabilitação Irmã Dalva (CNES 9843132), Laboratório Municipal de Análises Clínicas (CNES 9985255), Centro de Especialidade (CNES 2699753) e Secretaria Municipal de Saúde de Guarantã do Norte (CNES 5482119)

DECISÃO: READEQUAÇÃO APROVADA.

EMBASAMENTO: NOTA TÉCNICA Nº 212/2020-COIS/CGES/DESID/SE/MS

PEDRO GERALDO PEINHEIRO DOS SANTOS

DESPACHO Nº 2, DE 6 DE JANEIRO DE 2021

O DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE, INVESTIMENTOS E DESENVOLVIMENTO, no uso da atribuição que lhe confere o art. 7º da Portaria nº 2.218/GM/MS, de 21 de agosto de 2019, e em cumprimento ao disposto no Decreto nº 9.380, de 22 de maio de 2018, resolve:

1. Fica indeferida, a partir da publicação deste Despacho, a seguinte solicitação de readequação da rede física do SUS:

PROCESSO NUP: 25000.156694/2019-88

MUNICIPIO: NOVA VIÇOSA/BA

ESTABELECIMENTO ORIGINALMENTE PACTUADO: Unidade de Pronto Atendimento - UPA Porte I (Proposta SISMOB n° 11756.4210001/13-009)

READEQUAÇÃO SOLICITADA: Hospital Geral CNES 2506254

DECISÃO: READEQUAÇÃO NÃO APROVADA.

MOTIVO: O ente não respondeu a diligência dentro do prazo concedido.

EMBASAMENTO: Art. 6º da Portaria nº 2.218/GM/MS, de 21 de agosto de 2019.

2. Nos termos do art. 8º da Portaria nº 2.218/GM/MS, de 2019, caberá recurso em face da presente decisão, com efeito suspensivo, no prazo de 10 (dez) dias, contado da data de publicação deste Despacho.

PEDRO GERALDO PINHEIRO DOS SANTOS

DESPACHO Nº 3, DE 6 DE JANEIRO DE 2021

O DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE, INVESTIMENTOS E DESENVOLVIMENTO, no uso da atribuição que lhe confere o art. 7º da Portaria nº 2.218/GM/MS, de 21 de agosto de 2019, e em cumprimento ao disposto no Decreto nº 9.380, de 22 de maio de 2018, resolve:

1. Fica aprovada, a partir da publicação deste Despacho, a seguinte solicitação de readequação da rede física do SUS:

PROCESSO NUP: 25006.000761/2019-51

MUNICÍPIO: IVINHEMA/MS

ESTABELECIMENTO ORIGINALMENTE PACTUADO: Centro de Saúde/Unidade Básica (Proposta SISMOB N° 11112.3120001/13-004)

READEQUAÇÃO SOLICITADA: Central de Gestão em Saúde - Distrito Sanitário.

DECISÃO: READEQUAÇÃO APROVADA.

EMBASAMENTO: NOTA TÉCNICA Nº 303/2020-COIS/CGES/DESID/SE/MS

PEDRO GERALDO PINHEIRO DOS SANTOS

SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 5 DE JANEIRO DE 2021

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Imunossupressão em Transplante Renal.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE e o SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATEGICOS EM SAUDE, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre imunossupressão em transplante renal no Brasil e diretrizes nacionais para diagnostico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos nesta condição;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação nº 549/2020 e o Relatório de Recomendação nº 555 - Setembro de 2020, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a atualização da busca e avaliação da literatura; e

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGITIS/SCTIE/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS), resolvem:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Imunossupressão em Transplante Renal.

Parágrafo único. O Protocolo objeto deste artigo, que contém o conceito geral da imunossupressão em transplante renal, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponível no sítio https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-Pcdt, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para o tratamento da imunossupressão em transplante renal.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos nessa condição em todas as etapas descritas no Anexo a esta Portaria, disponível no sítio citado no parágrafo único do art. 1º.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 712/SAS/MS, de 13 de agosto de 2014, publicada no Diário Oficial da União nº 155, de 14 de agosto de 2014, seção 1, página 63.

LUIZ OTAVIO FRANCO DUARTE
Secretário de Atenção Especializada à Saúde

HÉLIO ANGOTTI NETO
Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde

PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 5 DE JANEIRO DE 2021

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Imunossupressão no Transplante Cardíaco.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE e o SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre a imunossupressão no transplante cardíaco no Brasil e diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta condição;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação nº 218/2016 e o Relatório de Recomendação nº 237 - agosto de 2020, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a busca e avaliação da literatura; e

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGITIS/SCTIE/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS), resolvem:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Imunossupressão no Transplante Cardíaco.

Parágrafo único. O Protocolo objeto deste artigo, que contém o conceito geral da imunossupressão no transplante cardíaco, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponível no sítio https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para a imunossupressão no transplante cardíaco.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa condição em todas as etapas descritas no Anexo a esta Portaria, disponível no sítio citado no parágrafo único do art. 1º.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ OTAVIO FRANCO DUARTE
Secretário de Atenção Especializada à Saúde

HÉLIO ANGOTTI NETO
Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde

PORTARIA Nº 9, DE 6 DE JANEIRO DE 2021

Defere a Concessão do CEBAS do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, com sede em Brasília (DF).

O Secretário de Atenção Especializada à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei n° 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a Portaria nº 2.500/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 1/2021-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.076751/2020-80, que conclui pelo atendimento dos requisitos constantes da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS em percentual menor que 60% e por aplicação de percentual da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, CNPJ nº 14.702.257/0001-08, com sede em Brasília (DF).

Parágrafo único. A Concessão terá validade pelo período de 3 (três) anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da União (DOU).

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ OTAVIO FRANCO DUARTE

PORTARIA Nº 10, DE 6 DE JANEIRO DE 2021

Defere a Renovação do CEBAS da Irmandade da Casa Pia São Vicente de Paulo, com sede em São Manuel (SP).

O Secretário de Atenção Especializada à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei n° 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a Portaria nº 2.500/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 2/2021-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.152741/2020-58, que conclui pelo atendimento dos requisitos constantes da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Irmandade da Casa Pia São Vicente de Paulo, CNPJ nº 60.332.673/0001-70, com sede em São Manuel (SP).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 29 de dezembro de 2020 a 28 de dezembro de 2023.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

001348

LUIZ OTAVIO FRANCO DUARTE

PORTARIA Nº 11, DE 6 DE JANEIRO DE 2021

Defere, em grau de Reconsideração, a Renovação do CEBAS da Associação de Combate ao Câncer Infanto Juvenil, com sede em Fortaleza (CE).

O Secretário de Atenção Especializada à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei n° 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

00139

ANEXO

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.2.3 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

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

001349

ISAC

CAPACIDADE GERENCIAL

ACREDITAÇÕES, CERTIFICAÇÕES E PREMIAÇÕES

- **QMENTUM DO CANADÁ ACCREDITION INTERNACIONAL:**

O Hospital Municipal de Araguaína manteve em setembro de 2022 o selo de acreditação internacional QMENTUM, nível de excelência diamante. A visita para certificação foi realizada nos dias 30 e 31 de agosto de 2022 e 01 de setembro de 2022. A metodologia QMentum Internacional orienta e monitora padrões de alta performance em qualidade e segurança na área de saúde.

O Instituto agora tem o selo Acreditado Diamond da Qmentum International. O ISAC é a primeira organização de saúde do Norte e Nordeste do país, e a segunda da América Latina, a ser acreditada como excelência internacional em Rede de Atenção à Saúde. A certificação em rede aconteceu no dia 01 de outubro de 2022.

Pela gestão em rede desenvolvida pelo ISAC, também foram acreditadas as seguintes unidades:

AME – Ambulatório Municipal de Araguaína

HMA – Hospital Municipal de Araguaína

UPA 24h Mansões Odisseia

UPA 24h Anatólio Dias Carneiro

UPA 24h Benedito Bentes

UPA 24h Trapiche da Barra

001350

001320

- **SISTEMA ONA:**

A unidade de pronto atendimento 24h Trapiche da Barra é certificada pela metodologia ONA nível Pleno desde 2021. No dia 22 de setembro de 2022 a unidade foi recertificada. A UPA Trapiche da Barra tem capacidade para atender até 350 pacientes por dia, com a média de 08 mil atendimentos por mês. Atendimentos de urgência em Clínica Médica, Ortopedia, Odontologia e Pediatria.

Vale lembrar que para conquistar o selo de certificação ONA nível 2- Acreditado Pleno é necessário cumprir ou superar ao menos 70% os padrões de Gestão Integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.

A unidade Upa Benedito Bentes é certificada pela metodologia ONA de certificação desde 2021. No dia 21 de setembro de 2022 a instituição manteve sua certificação ONA- nível 01 Acreditado. Para ser certificado nível 01 -acreditado a organização de saúde cumpre ou supera, em 70% ou mais, os padrões de qualidade e segurança definidos pela ONA. São avaliadas todas as áreas de atividades da instituição, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.

001351

00T32T

ONA
Organização Nacional de Acreditação

São Paulo, 17 de Junho de 2021

DECLARAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO

A Organização Nacional de Acreditação – ONA, CNPJ: 03.243.617/0001-26 sito na Rua Bela Cintra, 986, 10º andar, conjunto 101, na cidade de São Paulo, Brasil, declara para fins de certificação que o Isac - Upa Trapiche Da Barra, inscrito no CNPJ: 14.702.257/0003-61, foi certificado como ACREDITADO PLENO , com validade até 17/06/2023.

Cláudio José Allgayer
Diretor Geral

001352

001325

certificado

001353

Certificado nº 015/007/012 | Validade: 06/2021

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

ISAC - UPA TRAPICHE DA BARRA

CNPJ: 14.702.257/0003-61

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada **Instituto Qualisa de Gestão - IQG**, de acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2018, Norma para acreditação de serviços de Pronto Atendimento, sendo-lhe conferido(a) o Certificado de

ACREDITADO.

São Paulo, 10 de junho de 2019.

ACREDITADO

ONA

Organização Nacional de Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ONA
Organização Nacional de Acreditação

ISQua ISQua ISQua

IQG HEALTH SERVICES ACCREDITATION

Entidades fundadoras

abramge CNS FBH FenaSaúde

Entidades associadas

CMB Sociedade Brasileira de Análises Clínicas Unimed

001353

certificado

Certificado: N° 015-007-018 | Validade: 06/2023

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

ISAC - UPA TRAPICHE DA BARRA

CNPJ: 14.702.257/0003-61

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada **Instituto Qualisa de Gestão - IQG**, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2018, Norma de Serviços de Pronto Atendimento, sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO PLENO

São Paulo, 17 de Junho de 2021

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ACREDITADO PLENO ONA

ONA Organização Nacional de Acreditação

IQG HEALTH SERVICES ACCREDITATION

IEEA Accredited Organisation 2018-2020 | ISQua Institutional Member 2019-2020 | IEEA Accredited Standards 2017-2021

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge | CNSaúde | FBH | FenaSaúde | CMB | SBAC | Unimed

00135

001327

QMENTUM INTERNATIONAL

DIAMOND

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC
AMBULATÓRIO MUNICIPAL DE ARAGUAÍNA

Araguaína | TO - Brasil

ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL EM EXCELÊNCIA,
QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.

Accreditation Board

Outubro 2022 - 2025

QUALITY
GLOBAL ALLIANCE

HSO

001355

001322

QMENTUM INTERNATIONAL

DIAMOND

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC
HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAGUAÍNA

Araguaína | TO - Brasil

ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL EM EXCELÊNCIA,
QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.

Accreditation Board

Outubro 2022 - 2025

QUALITY
GLOBAL ALLIANCE

HSO

001356

QMENTUM INTERNATIONAL

DIAMOND

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC
UPA ANATÓLIO DIAS CARNEIRO

Araguaína | TO - Brasil

ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL EM EXCELÊNCIA,
QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.

Accreditation Board

Outubro 2022 - 2025

QUALITY
GLOBAL ALLIANCE

HSO

001357

001357

QMENTUM INTERNATIONAL

DIAMOND

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC
UPA MANSÕES ODISSEIA

Águas Lindas de Goiás | GO - Brasil

ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL EM EXCELÊNCIA,
QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.

Accreditation Board

Outubro 2022 - 2025

QUALITY
GLOBAL ALLIANCE

HSO

001358

007323

QMENTUM INTERNATIONAL

DIAMOND

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC
UPA BENEDITO BENTES

Maceió | AL - Brasil

ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL EM EXCELÊNCIA,
QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.

Accreditation Board

Outubro 2022 - 2025

QUALITY
GLOBAL ALLIANCE

HSO

001359

001323

QMENTUM INTERNATIONAL

DIAMOND

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC
UPA TRAPICHE DA BARRA

Maceió | AL - Brasil

ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL EM EXCELÊNCIA,
QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.

Accreditation Board

Outubro 2022 - 2025

QUALITY
GLOBAL ALLIANCE

HSO

001360

Great Place To Work.

CERTIFICADO DA EMPRESA

ISAC - UPA TRAPICHE DA BARRA

Data de expiração dos certificados:

27/06/2019

Saiba mais sobre o GPTW e a Certificação **clicando aqui!**

Você acha que sua empresa é um Great Place to Work? **Indique sua empresa** para uma Certificação GPTW e nós entraremos em contato

001361

MELHORES
HOSPITAIS PÚBLICOS
BRASIL 2022

O Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde,
com apoio da Organização Pan-americana de Saúde, do Instituto Ética Saúde e da
Organização Nacional de Acreditação, confere ao

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAGUAÍNA DR EDUARDO MEDRADO

o Prêmio de **22º LUGAR** dentre os
MELHORES HOSPITAIS PÚBLICOS DO BRASIL 2022,
em reconhecimento à eficiência, à boa avaliação pelos usuários e
por oferecer qualidade e segurança aos seus pacientes do Sistema Único de Saúde.

Brasília, 8 de novembro de 2022

Flavio Deulefeu
Presidente do IBross

REALIZAÇÃO IBROSS · APOIO INSTITUCIONAL OPAS · OPAS 120 · ETICA SAÚDE · ONA

001362

001365

ANEXO

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.2.3 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade

001363

FAHESA - Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína

ITPAC - INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS LTDA.

Reconhecido pelo Decreto nº 2.856 - D.O. de 03/10/2006.

ITPAC
Crescendo com você.

O Presidente do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC)
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina,
em 21 de janeiro de 2008, confere o grau de

SELO DE AUTENTICIDADE Universidade Federal do Tocantins

SELO DE AUTENTICIDADE ITPAC

Médico a

José Maria Sinimbu de Lima Filho

Brasileiro(a), nascido(a) aos 30 de outubro de 1981,
natural do Estado do Pará, Cédula de Identidade n.º 3114950, expedida pela SSP/PA
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Araguaína-TO, 22 de janeiro de 2008

Otávia Borges Naves de Lira
Diretora Acadêmica

Fábio Afonso Borges de Andrada
Vice-Presidente Educacional

José Maria Sinimbu de Lima Filho
Diplomado

Erivaldo Mota Rodrigues
Secretário Geral

0013634

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

Diploma registrado por delegação do Ministério da Educação, nos termos da Portaria MEC nº 658, de 17 de março de 2004, Parecer CNE/CES Nº 135/2005, de 04/05/2005 e Resolução CNE/CES Nº 12/2007, de 13/12/2007.

Registro nº 1938
Ficha de Registro nº 1709/RD/UFT
Processo nº 0300487/2002/01
Data de Registro Palmas, 28/02/2008

EBPNunes
Adm. Enedina Betânia L. L. Pires Nunes
Chefe do Setor de Expedição e Registro
de Diplomas – Ato nº 314, de 13/07/2004
PROGRAD/UFT

Reconhecimento do Curso

Curso: MEDICINA
Habilitação: Médico
Decreto Nº 2.856 – D.O. de 03/10/2006.

CREMESP
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Registro de Diploma
Nesta data, o presente diploma do Dr(a) JOSE MARIA SINIMBU DE LIMA FILHO foi registrado sob o número 137178, de acordo com o artigo 17 da Lei Número 3.268 de 30 de setembro de 1957.
São Paulo, 03/03/2009
132.716
JAIR SOARES
Diretor da Divisão de Registro de Profissionais

1º Ofício de Notas e Protesto de Brasília
CRS Quadra 505 - Bloco C - Lotes 1, 2 e 3 | CEP: 70.350-530 | Brasília - DF
Fone: (61) 3799-1515 | www.cartoriojk.com.br
Tabelião: Mc Arthur Di Andrade Camargo
CARTÓRIO JK
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original.(Lei n.8.935/94)
Brasília-DF, 29 de Março de 2021
JOAO RIBEIRO DA SILVA
ESCREVENTE NOTARIAL
Consultar selos: www.tjdft.jus.br
228 - Selo:TJDFT20210010303537AEHE

CRM-TO
Conselho Regional de Medicina do
Estado do Tocantins
Registrado sob n.º 2195
fls n.º 1438 do livro n.º 15
Em 12 de Março de 2008
Dr. Solimar Pinheiro da Silva
Presidente do CREMETO

CFM-CRM
Conselho Federal e Regional de Medicina
Registro de Diploma
Em 29/03/2021, o Presente diploma de JOSE MARIA SINIMBU DE LIMA FILHO foi registrado sob o número 0028498-DF de acordo com o Artigo 17 da Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957.
Brasília-DF, 29/03/2021
FARID BUITRAGO SANCHEZ
PRESIDENTE
003836

FACULDADE Unyleya

Certificado

A Faculdade Unyleya, com base na legislação em vigor, no seu Estatuto e no seu Regimento, certifica que

MARIA DULCIMARY RIBEIRO FONSECA

Identificação: 04785614027 - DETRAN/TO

concluiu com aproveitamento o Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização, com **360 horas**, em

MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2021

001365

MARIA DULCIMARY RIBEIRO FONSECA
Pós-Graduado(a)

MARCOS IZIDRO GONÇALVES
Diretor Acadêmico

1º Ofício de Notas e Protesto de Bras...
JOÃO RIBEIRO DA SILVA
Escrevente
Cartório 1K

FACULDADE UNYLEYA - HISTÓRICO ESCOLAR

MARIA DULCIMARY RIBEIRO FONSECA

Pós-Graduação *Lato Sensu* em **MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR**

Período de Realização (W7222): 29 de agosto de 2019 a 06 de janeiro de 2021 - Carga Horária: 360 horas

isciplina	Carga Horária	Conceito	Nome e Titulação do Corpo Docente
ESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	40	Excelente	DENISE MARIA DOS SANTOS PAULINELLI RAPOSO - MESTRE
ESTÃO DE PESSOAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	40	Bom	ARQUILEIA ITAIR PEIXOTO GONCALVES - MESTRE
IOESTATÍSTICA E EPIDEMIOLOGIA	40	Bom	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
IARKETING HOSPITALAR	40	Bom	CESAR AUGUSTO LEITAO - ESPECIALISTA
LANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE	40	Bom	EVANDRO TSUFA LEPLETIER GUIMARÃES - MESTRE
ESTÃO FINANCEIRA E CUSTOS HOSPITALARES	40	Bom	EVANDRO TSUFA LEPLETIER GUIMARÃES - MESTRE
OGÍSTICA E GESTÃO DE MATERIAIS	40	Bom	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
UDITORIA E GESTÃO DE QUALIDADE	40	Bom	CESAR AUGUSTO LEITAO - ESPECIALISTA
ESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E INFORMATIZAÇÃO	40	Bom	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE

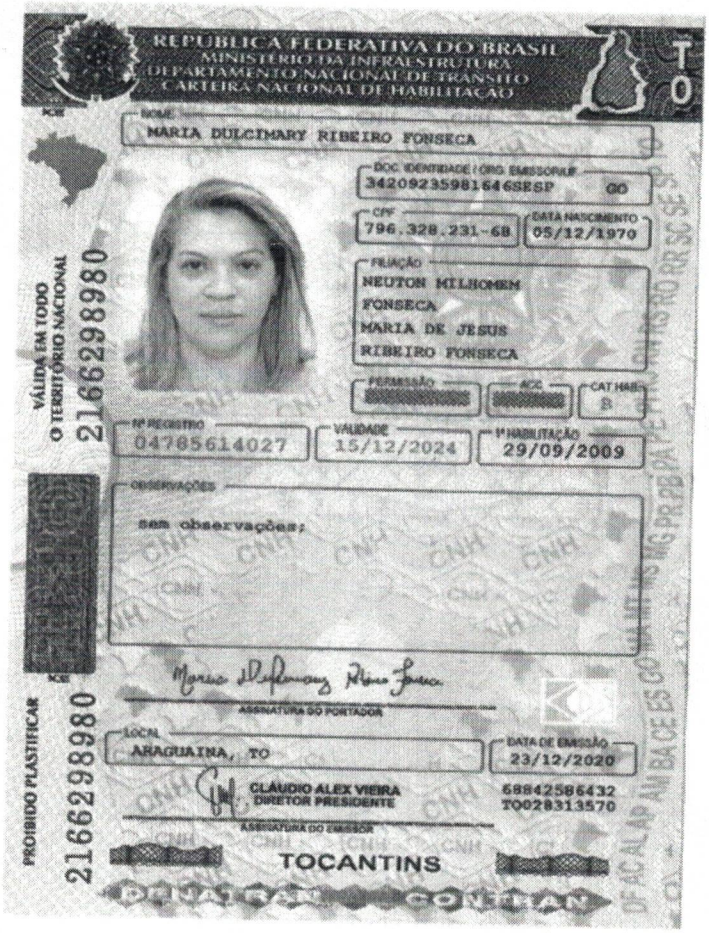
presente certificado de Pós-graduação está em conformidade com os preceitos da Resolução CNE-CES n°1, de 6 de abril de 2018.
FACULDADE UNYLEYA é credenciada pelo MEC através da Portaria Ministerial n° 1.663 de 05/10/2006, Portaria SESu n° 727 de 31/03/2011 e recredenciada pela Portaria Ministerial Nº 721, de 20/07/2016.

egistrado sob n° 103677 - 705435 / UNY-21

1º Ofício de Notas e Protesto de Brasília
CRS Quadra 505 - Bloco C - Lotes 1, 2 e 3 | CEP: 70.350-530 | Brasília - DF
Fone: (61) 3799-1515 | www.cartoriojk.com.br
CARTÓRIOJK Tabelião: Mc Arthur Di Andrade Camargo

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original.(Lei n.8.935/94)
Brasília-DF, 25 de Novembro de 2021
JOAO RIBEIRO DA SILVA
ESCREVENTE NOTARIAL
Consultar selos: www.tjdft.jus.br
228 - Selo:TJDFT20210011435900ISIW



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

TO

NOME
MARIA DULCIMARY RIBEIRO FONSECA

DOC. IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
3420923598164 6SESP GO

CPF
796.328.231-68

DATA NASCIMENTO
05/12/1970

FILIAÇÃO
NEUTON MILHOMEM FONSECA
MARIA DE JESUS RIBEIRO FONSECA

PERMISSÃO | ACC | CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
04705614027

VALIDADE
15/12/2024

1ª HABILITAÇÃO
29/09/2009

OBSERVAÇÕES
sem observações;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARAGUAINA, TO

DATA DE EMISSÃO
23/12/2020

CLÁUDIO ALEX VIEIRA
DIRETOR PRESIDENTE

68842586432
TO028313570

ASSINATURA DO EMISSOR

TOCANTINS

DENATRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2166298980

PROIBIDO PLASTIFICAR
2166298980

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS
Bel. Maurício Melo Araújo
TABELIÃO
Iracema Moraes de Sousa
SUBSTITUTA
Rua 1º de Janeiro, 1155 - Centro - Araguaína - TO - CEP: 77.803-140 - Fones: (63) 3414-2222 / 3414-2224

Selo Digital nº 1283987AAB211434-PRF
Confirme autenticidade: http://corregedoria.tito.jus.br/index.php/selodigital
Autentico a presente fotocópia por conferir com o original que me foi apresentado. Dou fé. 0023 - 38848 Araguaína-TO, 06 de maio de 2021.
Em test.º da verdade.
Odilio Pereira Lima - Escrevente

Cartório do 2º Ofício de Notas de Araguaína-TO

CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Administração
Conselho Regional de Administração

Registro
CRA - TO Nº 3259

Data do Registro
25/09/2013

1ª VIA

Nome
MARIA DULCIMARY RIBEIRO FONSECA

Assinatura do Portador

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL LEI Nº 6.206/75

Nacionalidade
BRASILEIRA

Naturalidade
TOCANTINOPOLIS-TO

Data de Nascimento
5/12/1970

RG
3420923-5981646

Órgão Expedidor
SSP-GO

Expedição do RG
29/10/1992

CPF
796.328.231-68

Filiação
NEUTON MILHOMEM FONSECA
MARIA DE JESUS RIBEIRO FONSECA

Diplomado por
FACULDADE CATÓLICA DOM ORIONE

Registro MEC Nº
8065

Identidade profissional de ADMINISTRADOR, habilitado na forma da alínea a do Art. 3º, da Lei nº 4.769 de 09/09/1965.

Palmas-TO, 19/10/2013
Local e Data de Expedição

Adm. Rogério Ramos de Souza
Presidente do CRA

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS
Bel. Maurício Melo Araújo
TABELIÃO
Iracema Moraes de Sousa
SUBSTITUTA
Rua 1º de Janeiro, 1155 - Centro - Araguaína - TO - CEP: 77.803-140 - Fones: (63) 3414-2222 / 3414-2224

Selo Digital nº 1283987AAB211435-QLJ
Confirme autenticidade: http://corregedoria.tito.jus.br/index.php/selodigital
Autentico a presente fotocópia por conferir com o original que me foi apresentado. Dou fé. 0023 - 38848 Araguaína-TO, 06 de maio de 2021.
Em test.º da verdade.
Odilio Pereira Lima - Escrevente

Cartório do 2º Ofício de Notas de Araguaína-TO

001366

A

EM BRANCO

EM BRANCO

Faculdade Católica Dom Orione

O Diretor Geral da Faculdade Católica Dom Orione, no uso de suas atribuições legais,
tendo em vista a outorga de grau ocorrida em 31 de Agosto de 2009 do
Curso de Administração, confere o grau de
Bacharela
a

SELO DE AUTENTICIDADE
Universidade Federal do Tocantins

Maria Dulcimary Ribeiro Fonsêca

brasileiro(a), nascido(a) em 05 de dezembro de 1970,
natural do estado do Tocantins, Cédula de Identidade n° 3420923-5981646 - GO,
outorga-lhe o presente diploma, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Araguaína – TO, 04 de outubro de 2012.

Pe.Francisco de Assis Silva Alfenas
Diretor Geral

Ronan Pinho Nunes Garcia
Diretor Acadêmico

Abigail Almeida Borba Rocha
Secretária Acadêmica

Diplomado(a)

001367

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

Diploma registrado por delegação do Ministério da Educação, nos termos da Portaria MEC nº 658, de 17 de março de 2004, Parecer CNE/CES Nº 135/2005, de 04/05/2005 e Resolução CNE/CES Nº 12/2007, de 13/12/2007.

Registro nº 8065
Ficha de Registro nº 7836/RD/UFT
Processo nº 05/200079
Livro: Volume V/2012
Data de Registro: Palmas - TO, 16/11/2012.

Luciana Barbosa de Souza Cruz Leite
Coord. de Expedição e Registro de Diplomas
PROGRAD/UFT

Jandevan Reis de Azevedo
Diretora de Registro e Controle Acadêmico
PROGRAD/UFT

Reconhecimento do Curso

Curso: Administração
Habilitação: Bacharel
Portaria de reconhecimento nº 13 de 2/3/2012.
D.O.U nº 45 de 6/3/2012.

0013691

0015

FAHESA - Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína

ITPAC - INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS LTDA.

Reconhecido pelo Decreto n.º 2.511 - D.O de 01/09/2005

ITPAC

Crescendo com você.

O Presidente do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC)
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Enfermagem,
em 22 de julho de 2008, confere o grau de

Bacharel em Enfermagem a

Adriano Rocha Silva

Brasileiro(a), nascido(a) aos 15 de março de 1983,
natural do Estado do Tocantins, Cédula de Identidade n.º 337.264, expedida pela SEJSP/TO
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Araguaína-TO, 11 de agosto de 2008

Otávia Borges Naves de Lira
Diretora Acadêmica

Fábio Afonso Borges de Andrada
Vice-Presidente Educacional

Diplomado

Erivaldo Mota Rodrigues
Secretário Geral

SELO DE AUTENTICIDADE

001368

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

Diploma registrado por delegação do Ministério da Educação, nos termos da Portaria MEC nº 658, de 17 de março de 2004. Parecer CNE/CES Nº 135/2005, de 04/05/2005 e Resolução CNE/CES Nº 12/2007, de 13/12/2007

Registro nº 2605
Ficha de Registro nº 2376/RD/UFT
Processo nº 0400511/2003/02
Livro nº: Volume III/2008
Data de Registro: Palmas-TO, 28/11/2008

Nilda Teresinha Teixeira Abella
Exp. e Reg. de Diplomas de Outras IES
PROGRAD/UFT

Jandevan Reis de Azevedo
Diretora de Registro e Controle Acadêmico
PROGRAD/UFT

Reconhecimento do Curso

Curso: ENFERMAGEM
Habilitação: Bacharel em Enfermagem
Decreto nº 2.511/2005 - D.O. de 01/09/2005.

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

O Reitor da PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS,

no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de

ADMINISTRAÇÃO

e a outorga do grau de BACHAREL, em 04 de agosto de 2011, a

George Lopes da Silva,

brasileiro, nascido em Goiânia – Estado de Goiás, em 01 de julho de 1984,

cédula de identidade n. 4.396.811-DGPC/GO,

confere-lhe o presente diploma.

Goiânia, 28 de setembro de 2011.

Prof. Wolmir Therezio Amado
Reitor

Profª. Sônia Margarida Gomes Sousa
Pró-Reitora de Graduação

Diplomado

0001369

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Reconhecida pelo Decreto n. 47.041 de 17/10/1959
Aditamento como PUC GOIÁS conforme Portaria n. 1.747, de 23/12/2009.
Secretaria Geral

Diploma registrado nos termos do § 1º do art. 48 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).

Registro n. 19771

Processo n. 2541/2011-SG/SEDOC/SRD

Data do Registro: 28/09/2011.

Luciola Linhares Silva Soares Correia
Secretária Geral

Curso de Administração. Reconhecido pelo Decreto n. 77.556 de 06/05/1976 - D.O.U. 07/05/1976.

008694

FACULDADE CATÓLICA DOM ORIONE

CERTIFICADO

Certificamos que *George Lopes da Silva*, Cédula de Identidade nº 4396811 SSP/GO, concluiu com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação Lato Sensu, nível Especialização em ***Gestão Hospitalar e Saúde Pública*** promovido pela Faculdade Católica Dom Orione, ministrado no período de setembro de 2010 a setembro de 2012, com carga horária de 360h.

Araguaína - TO, 01 de Dezembro de 2015.

Pe. Josumar dos Santos
Diretor Geral

Pe. Eduardo Secatto Caliman
Diretor Acadêmico

Daniel Cervantes Angulo Vilarinho
Supervisor de Pós - Graduação

0013170

REQUISITOS PARA APROVAÇÃO:
Média mínima para aprovação: 6,0 (seis).
Frequência mínima para aprovação: 75%.

FACULDADE CATÓLICA DOM ORIONE
Credenciada pelo Ministério da Educação Portaria nº 292, de 27 de janeiro de 2005 (DOU n.º 20, seção 1, publicado 28 de janeiro 2005) e Recredenciamento pelaPortaria nº 1.269, de 18 de outubro de 2012 (DOU de 19 de outubro de 2012, seção 1,pág. 15.).

FACULDADE CATÓLICA DOM ORIONE

Certificado registrado de acordo com a Resolução CNE/CES nº 1, de 03 de abril de 2001 e Resolução CNE/CES nº 1, de 08 de junho de 2007.

Registro nº 20150170

Livro nº 01 Folha nº 007.

Araguaína - TO, 01 de 12 de 2015

Secretaria Acadêmica de Pós-Graduação

HISTÓRICO ESCOLAR DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

ESPECIALIZAÇÃO EM *GESTÃO HOSPITALAR E SAÚDE PÚBLICA*

De acordo com a ResoluçãoCNE/CES nº 1, de 03 de abril de 2001 e Resolução CNE/CES nº 1, de 08 de junho de 2007.

NOME: George Lopes da Silva
FILIAÇÃO: Jorge Luiz Pereira da Silva e Wilma Lopes Pereira
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS (CPF): 003.411.111-55

DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA	MÉDIA	SITUAÇÃO	DOCENTE	TITULAÇÃO
Responsabilidade Social e Corporativa	20	8,8	Aprovado	João Paulo Agostini	Mestre
Gestão de Controle de Infecção	20	8,5	Aprovado	Iara Bucar	Especialista
Gestão Estratégica da Informação	20	9,0	Aprovado	Tiago Caetano Martins	Mestre
Gestão de Pessoas na Área da Saúde	20	8,0	Aprovado	Carlos Alberto Leal Lima	Especialista
Fundamentos Éticos e Legais na Área da Saúde	20	9,0	Aprovado	Paulo Zurita	Especialista
Planejamento e Marketing Estratégico na Área de Saúde	40	8,0	Aprovado	Milena de Bonis	Especialista
Auditoria da Saúde	20	9,0	Aprovado	Ananias Prudente Ramos	Mestre
Gestão da Cadeia de Suprimento	20	9,0	Aprovado	José Francisco Mendanha	Mestre
Metodologia da Pesquisa Cientifica	20	10	Aprovado	Nilsandra Martins de Castro	Mestre
Gestão de Processos de Qualidades	20	9,5	Aprovado	Thais Muniz	Especialista
Gestão da Hospitalidade e Governança na Área da Saúde	20	9,0	Aprovado	Thais Muniz	Especialista
Logística Hospitalar	20	8,0	Aprovado	José Francisco Mendanha	Mestre
Fundamentos de Administração Geral e Hospitalar	20	9,0	Aprovado	Maria do Carmo da S. Freitas	Especialista
Gestão de Saúde Pública e Coletiva	20	9,0	Aprovado	Carina Amaral Salerno	Especialista
Aspectos Jurídicos da Gestão de Saúde	20	9,0	Aprovado	Daniel C. Angulo Vilarinho	Mestre
Bioética	20	8,5	Aprovado	Daniel C. Angulo Vilarinho	Mestre
Estrutura e gestão dos Sistemas das Vigilâncias	20	8,5	Aprovado	Rosangela Magalhães Nunes	Mestre

CARGA HORÁRIA DO CURSO: 360h.

PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO CURSO: setembro de 2010 a setembro de 2012.

NOTA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC) APROVADO EM 17 DE OUTUBRO DE 2013: 6,0 (seis inteiros).

TÍTULO: "O controle de custos como ferramenta para a Gestão Hospitalar".

NOME DO ORIENTADOR: Me. Ananias Prudente Ramos.

0170

UNINTER
CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL

O Reitor do Centro Universitário Internacional UNINTER, no uso de suas atribuições, confere o título de especialista a

JOSÉ WALDEMAR CARDOSO SANTOS

tendo em vista a conclusão do curso

MBA EM AUDITORIA EM SAÚDE,

ministrado em nível de Pós-Graduação *Lato sensu*,
o qual cumpriu todas as disposições legais da Resolução CNE/CES n.º 01 de 08/06/2007.
Para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais, outorga-lhe o certificado de especialização.

Curitiba, 04 de Julho de 2019.

JOSÉ WALDEMAR CARDOSO SANTOS
Especialista

BENHUR ETELBERTO GAIO
Reitor

001371

HISTÓRICO ESCOLAR

Nome: JOSÉ WALDEMAR CARDOSO SANTOS
RU: 1605572
CPF: 35220066234
Polo: PAP PARAUAPEBAS - PA

Curso: MBA EM AUDITORIA EM SAUDE
Nível: ESPECIALIZAÇÃO
Área: SAUDE E BEM ESTAR SOCIAL
Período: 07/11/2016 a 03/07/2019*

COMPONENTES CURRICULARES	C.H.	NOTA	FREQ.(%)	DOCENTE	TITULAÇÃO
ASPECTOS LEGAIS DA SAUDE SUPLEMENTAR	30h	100	100	SONIA DE OLIVEIRA	MESTRADO
AUDITORIA EM SAUDE SUPLEMENTAR	30h	70	100	ELIANE CRISTINA ROSAS	MESTRADO
AUDITORIA MÉDICA EM SAÚDE	30h	70	100	EDISON LUIZ ALMEIDA TIZZOT	DOUTORADO
AUDITORIA NO SISTEMA UNICO DE SAUDE	30h	70	100	RONALD GIELOW	MESTRADO
AUDITORIA EM ODONTOLOGIA	30h	90	100	CLAUDIO LUIZ DE FARIA BITTENCOURT	ESPECIALIZAÇÃO
AUDITORIA EM ENFERMAGEM	30h	80	100	LUCYANE COSTA GUINSKI	ESPECIALIZAÇÃO
AUDITORIA EM FARMACIA	30h	80	100	CÉLIO LUIZ BANASZESKI	ESPECIALIZAÇÃO
METODOLOGIA CIENTIFICA	30h	90	100	ANDERSON NOVELLO	MESTRADO
MODELOS DE ATENÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE	30h	80	100	SILVANA MARIA ESCORSIM	DOUTORADO
NEGOCIAÇÃO E FORMAS DE REMUNERAÇÃO	30h	70	100	LUCIA HELENA DA SILVA MENDES	MESTRADO
NOÇÕES DE ECONOMIA EM SAUDE PARA AUDITORES	30h	70	100	MARIA MATILDE ZRAIK BARACAT	MESTRADO
POLÍTICAS PUBLICAS DE SAUDE NO BRASIL	30h	90	100	TANIA MARIA SANTOS PIRES	MESTRADO
SAUDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	30h	80	100	LUCIA HELENA DA SILVA MENDES	MESTRADO
SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM AUDITORIA EM SAUDE	30h	80	100	IVANA MARIA SAUS BUSATO	DOUTORADO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	30h	95	100		
TOTAL:	450h				

Trabalho de Conclusão de Curso - Artigo: A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA EM SAUDE NOS PRESTADORES DE SERVIÇOS | Nota: 95

Curitiba, 04 de Julho de 2019.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Informações Complementares:
Certificado registrado sob o nº 1462287 no Livro Eletrônico de Registros do Centro Universitário Internacional UNINTER, credenciado pela Portaria nº 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. nº 102 de 28/05/2012,e recredenciado pela Portaria nº 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. nº 208 de 28/10/2016.
A assinatura do Reitor do Centro Universitário Internacional UNINTER no anverso deste Certificado é mediante chancela mecânica, registrada em Escritura Pública no 7º Tabelião - Pr - Volpi, no Livro 2044-N 108500, folhas 265 e 266.
** Período correspondente ao início e conclusão de todas as disciplinas que compõem a grade curricular, incluindo o Trabalho de Conclusão de Curso.*

007303

Universidade Anhanguera - Uniderp

Credenciada pela Portaria Ministerial nº 4.069 de 29/11/2005, publicada no D.O.U de 30/11/2005.

A Reitora da Universidade Anhanguera - Uniderp, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração, em 18 de dezembro de 2015 e Colação de Grau em 18 de março de 2016, confere o grau de

Bacharela a

Kamyla Oliveira Borges Bastos

brasileira, natural do Estado da Bahia, nascida a 22 de agosto de 1989,
RG 467305249 - SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.
Campo Grande - MS, 20 de junho de 2016

Kamyla Oliveira Borges Bastos
Diplomada

Profa. Leocadia Aglaé Petry Leme
Reitora

001372

001345

A assinatura da Reitora da UNIDERP, no anverso do diploma, e mediante chancela mecânica registrada em documento sob o número de Ordem P:\Notas\876\876-099.doc, no Livro 876, às fls. 099/100, em data de 06.02.2015, no Cartório da 2º Tabeliã de Notas e Protesto de Letras e Títulos - Itatiba/SP.

Curso de Administração

Registro efetuado nos termos da Portaria Normativa Ministerial nº 40, publicada no D.O.U. em 13 de dezembro de 2007, alterada pela Portaria Normativa nº 23, publicada no D.O.U. de 29 de dezembro de 2010.

UNIVERSIDADE ANHANGUERA - UNIDERP
Campo Grande - MS

Diploma registrado sob nº SRD-76282 Processo nº 76282/671/2016, nos termos do Artigo 48, § 1º da Lei 9394/96 de 20-12-1996.

Resolução CES/CNE Nº. 12 de 13/12/2007, publicada no D.O.U. em 14/12/2007.

Campo Grande - MS, 21/06/2016

Sandro Roberto Alves
Setor de Registro de Diplomas e Certificados
Portaria nº 093/2015 de 11/11/2015 - Reitoria/UNIDERP

3 826111 072579

042944

Centro Educacional Alves Faria.
Centro Universitário Alves Faria

UNIALFA
CENTRO UNIVERSITÁRIO
ALVES FARIA

O Reitor do Centro Universitário Alves Faria, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Ciências Contábeis, bacharelado, no 2.º semestre de 2016, sendo realizada a colação de grau na data de 17 de maio de 2017, confere o grau de

Bacharel em Ciências Contábeis a

Lucas Marques Dourado Filho

brasileiro, natural de Jundiaí, Estado de São Paulo, nascido a 05 de janeiro de 1995,
Cédula de Identidade 5587624-GO

e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 28 de agosto de 2017

Nelson de Carvalho Filho
Reitor

Lucas Marques Dourado Filho
Diplomado

Márcia Correia da Silva
Secretária Geral

001373

Digitalizado com CamScanner

CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Reconhecido pela Portaria MEC nº. 2.072, de 09/06/2005, publicada no DOU em 10/06/2005, renovado o reconhecimento pela Portaria SERES n°. 503, de 16/09/2016 publicada no DOU em 20/09/2016.

Registro nº: 240 Folha: 240

Livro: 01 Processo nº: 1098231

Goiânia-GO, 28 de agosto de 2017.

Marcos Vinícius de Sousa Porto
Controle e Registro de Diplomas - UNIALFA

UNIALFA

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA

Diploma registrado por delegação de competência do MEC, nos termos do Artigo 48 da Lei n° 9.394 de 20/12/1996. (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) publicada no Diário Oficial da União de 23/12/1996.

Digitalizado com CamScanner

FACULDADE ALIANÇA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DIPLOMA DE GRADUAÇÃO

BACHARELADO EM BIOMEDICINA

A Diretora Acadêmica, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de graduação em Biomedicina, em 30 de junho de 2015 e colação de grau em 07 de agosto de 2015, confere o título de BACHAREL EM BIOMEDICINA, a MARCELO HENRIQUE VELOSO DA SILVA, RG 2.781.307, SSP/PI, natural do PIAUI nascido(a) em 28/05/1990, nacionalidade Brasileira, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Teresina, 09 de setembro de 2015

RAQUEL BARBOZA DA SILVA PESSOA
SECRETARIA GERAL

SIMONE BERGAMO SILVA BARRETO
DIRETORA ACADÊMICA

Marcelo Henrique Veloso da Silva
DIPLOMADO(A)

001374

FACULDADE ALIANÇA

CURSO: BIOMEDICINA

HABILITAÇÃO: BACHARELADO EM BIOMEDICINA

RENOVADO O RECONHECIMENTO PELA PORTARIA Nº 820, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2014, D.O.U 02/01/2015

Universidade da Amazônia
Departamento de Registro de Diplomas

Diploma registrado sob nº 4916

Livro 2, Folha 50

Processo nº 1886/2015 em 08/09/2015

Registro de acordo com o disposto no §1º do art. 48 da lei 9.394 de 20/12/1996 e da Resolução nº 12, de 13/12/2007, do CES/CNE

Belém, 09/09/2015

Vitoria Antonia Arruda da Silva

Vitória Antonia Arruda da Silva
Funcionário Responsável

Raquel Barboza da Silva Pessoa
Secretária Geral

4916

Nº 00740

Unyleya

Certificado

A Faculdade Unyleya, com base na legislação em vigor, no seu Estatuto e no seu Regimento, certifica que

MARIA DULCIMARY RIBEIRO FONSECA

Identificação: 04785614027 - DETRAN/TO

concluiu com aproveitamento o Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização, com 360 horas, em

MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2021

MARIA DULCIMARY RIBEIRO FONSECA
Pós-Graduado(a)

MARCOS IZIDRO GONÇALVES
Diretor Acadêmico

0013175

FACULDADE UNYLEYA - HISTÓRICO ESCOLAR

MARIA DULCIMARY RIBEIRO FONSECA

Pós-Graduação *Lato Sensu* em **MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR**

Período de Realização (W7222): 29 de agosto de 2019 a 06 de janeiro de 2021 - Carga Horária: 360 horas

Disciplina	Carga Horária	Conceito	Nome e Titulação do Corpo Docente
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	40	Excelente	DENISE MARIA DOS SANTOS PAULINELLI RAPOSO - MESTRE
GESTÃO DE PESSOAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	40	Bom	ARQUILEIA ITAIR PEIXOTO GONCALVES - MESTRE
BIOESTATÍSTICA E EPIDEMIOLOGIA	40	Bom	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
MARKETING HOSPITALAR	40	Bom	CESAR AUGUSTO LEITAO - ESPECIALISTA
PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE	40	Bom	EVANDRO TSUFA LEPLETIER GUIMARÃES - MESTRE
GESTÃO FINANCEIRA E CUSTOS HOSPITALARES	40	Bom	EVANDRO TSUFA LEPLETIER GUIMARÃES - MESTRE
LOGÍSTICA E GESTÃO DE MATERIAIS	40	Bom	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
AUDITORIA E GESTÃO DE QUALIDADE	40	Bom	CESAR AUGUSTO LEITAO - ESPECIALISTA
GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E INFORMATIZAÇÃO	40	Bom	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE

O presente certificado de Pós-graduação está em conformidade com os preceitos da Resolução CNE-CES nº1, de 6 de abril de 2018.
A FACULDADE UNYLEYA é credenciada pelo MEC através da Portaria Ministerial nº 1.663 de 05/10/2006, Portaria SESu nº 727 de 31/03/2011 e recredenciada pela Portaria Ministerial Nº 721, de 20/07/2016.

Registrado sob nº 103677 - 705435 / UNY-21

CERTIFICADO

UNIVERSIDADE SALVADOR - UNIFACS

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Certificamos que **Silvana Mascarenhas Jabinal**, nascido (a) em 16 de julho de 1978, natural de Utinga - BA, concluiu o Curso de PÓS-GRADUAÇÃO "lato sensu": MBA em Controladoria para Gestão de Negócios, realizado no período de março de 2008 a agosto de 2009.

Salvador, 09 de agosto de 2010

REITOR

COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO

ALUNO

001379

ANEXO

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.2.3. Critério FA.2: QUALIDADE TÉCNICA

Protocolos assistenciais

001377

ISAC

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

CÓDIGO DE ÉTICA, CONDUTA, INTEGRIDADE E CONFLITO DE INTERESSES

Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Ética é sempre uma opção voluntária: uma opção pelo bem.

Nós acreditamos nisso!

Versão 2, de 16/06/2021

001378

Setor Comercial Sul, Quadra 09, Bloco C, Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília - DF

ISAC

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

Sumário

1.	APRESENTAÇÃO	3
2.	OBJETIVOS	5
3.	QUEM SOMOS	6
4.	NOSSA IDENTIDADE	7
5.	NOSSOS PRINCÍPIOS	8
6.	NOSSA CONDUTA	10
7.	NOSSOS RELACIONAMENTOS	16
8.	DENÚNCIAS	21
9.	SANÇÕES	22
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS	23

001379

Setor Comercial Sul, Quadra 09, Bloco C, Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília - DF

QMENTUM IQG
Great Place To Work Certificado

ISAC

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

1. Apresentação

O Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses do Instituto de Saúde de Cidadania - ISAC expressa os princípios éticos e de integridade que regem a atuação do Instituto e define a conduta pessoal e profissional esperada de seus associados, conselheiros, administradores, colaboradores, parceiros e fornecedores, balizando os princípios e valores requeridos de seus *stakeholders*.

É o norteador principiológico de ações buscando assegurar, em um patamar superior de ética e valores, todas as categorias e níveis hierárquicos conduta íntegra no relacionamento em geral.

Neste sentido, trata-se de documento direcionador das condutas pessoais e profissionais dos colaboradores do ISAC independente do cargo ou da função que ocupem.

Este documento tem como inspiração a Missão, a Visão e os Valores institucionais, entrelaçados com a ética nas condutas em suas diferentes dimensões, objetivando a construção de identidade e imagem de organização reconhecida, com foco no trabalho inovador e de excelência, alinhado às boas práticas de governança corporativa e à comunicação transparente com todos os públicos.

Busca-se, neste Código, destacar os princípios e Valores que são esperados dos colaboradores no exercício de suas atividades e na convivência, com a inibição de ações antiéticas, inapropriadas ou não íntegras.

Tem como objetivos básicos:

a) promover cultura ética, elevando o nível de confiança, respeito e solidariedade nas relações internas e externas;

b) orientar a conduta de seus associados, conselheiros, administradores, colaboradores, parceiros e fornecedores;

c) promover a adoção de elevados padrões de integridade, cumprindo as leis e os regulamentos e repudiando quaisquer práticas ilícitas;

d) prevenir e administrar conflitos de interesses, e

e) proteger o patrimônio físico e intelectual e a reputação do Instituto.

001380

001380

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

O Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses do ISAC aplica-se a todos associados, conselheiros, administradores e funcionários do ISAC, bem como aos colaboradores que estiverem prestando serviços em nome do Instituto ou para o Instituto.

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

001381

Setor Comercial Sul, Quadra 09, Bloco C, Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília - DF

001381

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

2. Objetivos

O Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses do ISAC tem por objetivo estruturar os princípios e valores que norteiam as ações e os compromissos de conduta institucionais, nas relações internas e externas.

Busca-se, por meio deste documento, estabelecer mecanismo de fortalecimento institucional e de princípios éticos efetivos que representem os Valores preconizados pelo ISAC.

Este Código é de observância obrigatória por todos associados, membros do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal, da Diretoria Executiva, Superintendentes, profissionais do quadro permanente do Instituto, inclusive dos ocupantes de cargos de confiança, profissionais ou servidores requisitados ou cedidos de outros órgãos públicos, profissionais de empresas prestadoras de serviços, servidores públicos que encontram-se desempenhando suas atividades nas unidades do ISAC, pessoas físicas e jurídicas prestadoras de serviços ao ISAC, estagiários, residentes e todos aqueles que, de forma individual ou coletiva, por força de lei, contrato ou qualquer outro ato jurídico, prestem serviços ao Instituto, sejam de natureza permanente, temporária ou excepcional, ainda que sem retribuição financeira, direta ou indiretamente.

Setor Comercial Sul, Quadra 09, Bloco C, Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília - DF

001382

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

3. Quem somos

O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, é uma Organização Social (OS) sem fins lucrativos, fundada sob forma de associação civil no ano de 2011 e com sede em Brasília.

Foi formado a partir da união de profissionais com conhecimento na área técnica e administrativa em saúde.

Tem foco na administração de unidades hospitalares e pronto atendimento, trabalhando com o objetivo de otimizar a gestão dessas unidades e melhorar e humanizar a assistência a seus usuários.

A saúde pública no Brasil é um desafio. O Estado tem dificuldades para atender com qualidade as demandas da sociedade. Nesse contexto o ISAC se engaja no terceiro setor – iniciativas privadas de origem na sociedade civil com fins de utilidade pública – tendo como Missão promover a gestão otimizada na área da saúde com resultados positivos para usuários, parceiros e organizações públicas e privadas.

O Instituto trabalha com profissionais experientes e faz parcerias estratégicas com instituições nacionais e internacionais. Além disso, oferece ensino, pesquisa, assistência social e trabalha de forma sustentável.

001383

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

4. Nossa identidade

MISSÃO

Promover a gestão otimizada na área da saúde com resultados positivos para usuários, parceiros e organizações públicas e privadas.

VISÃO

Ser uma instituição de abrangência nacional, com qualidades globais para implementar projetos singulares, fomentando o desenvolvimento das unidades e da sociedade.

VALORES

- Ética pessoal e institucional;
- Gestão profissional e transparente;
- Humanização;
- Inovação;
- Melhoria contínua;
- Meritocracia;
- Segurança do paciente;
- Sustentabilidade, e
- Valorização e respeito às pessoas.

Nossos Valores são nossas crenças fundamentais. São também, o que nos distingue e nos habilita para cumprir a nossa Missão e alcançar nossa Visão.

001384

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

5. Nossos princípios

Reconhecemos a ética como a opção pelo bem comum, orientadora do desenvolvimento do ser humano, das relações interpessoais e das atividades.

O ISAC observará os princípios constantes no artigo 37 da Constituição Federal vigente, zelando pela predominância da probidade administrativa, da integridade, da dignidade da pessoa humana, da urbanidade, da transparência, da honestidade, da lealdade, do repúdio ao preconceito e ao assédio, do respeito à diversidade, da responsabilidade social e do desenvolvimento sustentável, do interesse público, do sigilo profissional, sem prejuízo dos demais princípios norteadores da Administração Pública Federal.

Temos como princípios fundamentais o **respeito,** a **integridade**, a **excelência**, a **transparência** e a **liderança pelo exemplo**.

Respeito - Promovemos relações baseadas no respeito às pessoas e às instituições.

Integridade - Cumprimos as leis e regulamentos, atuamos com honestidade e de acordo com nossos princípios éticos e de integridade.

Excelência - Buscamos continuamente aprimorar a qualidade do nosso trabalho e alcançar padrões superiores de qualidade nos serviços que prestamos.

Transparência - Disponibilizamos para os associados, parceiros, fornecedores, colaboradores, cidadãos e órgãos de fiscalização e controle informações sobre nossas atividades, incluindo práticas de governança, relacionamentos e desempenho econômico-financeiro.

001385

001380

ISAC

Liderança pelo exemplo - Consideramos fundamental o exemplo dos administradores e gestores para a promoção de cultura ética e para a construção e manutenção de um bom ambiente de trabalho.

Os princípios éticos, tais como o decoro, o zelo, a eficácia e a consciência dos princípios morais, deverão ser considerados em todas as decisões dos gestores, bem como em todos os relacionamentos empreendidos no âmbito da empresa, com o objetivo de contribuir para a construção e a consolidação da identidade do ISAC como Instituição que preza pela preservação da ética em todos os seus atos e instâncias.

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

001386

001389

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

6. Nossa conduta

Os compromissos de conduta constantes neste Código decorrem dos Princípios e Valores supracitados. No exercício da governança corporativa, o Instituto de Saúde e Cidadania pauta sua atuação e suas decisões em conformidade com os Princípios e Valores fundamentais orientadores deste Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses.

6.1. Em relação ao Respeito

6.1.1. Respeitamos:

a) a vida e a dignidade do ser humano;

b) a equidade de direitos e de oportunidades;

c) as diferenças – sejam elas de gênero e orientação sexual, de raça e etnia, de religião, de cultura, de convicção política, de idade, de classe social, de capacidade física ou quaisquer outras – e repelimos qualquer forma de discriminação, e

d) a privacidade das pessoas.

6.1.2. Não admitimos:

a) atos de preconceito, discriminação, assédio moral, assédio sexual, ameaça, chantagem, calúnia, difamação, injúria, falso testemunho, corrupção, recebimento de propina ou qualquer outro ato que contrarie nossos princípios éticos e de integridade, e

b) o uso de redes sociais ou quaisquer outras mídias para publicar ou propagar matéria ou mensagem, visual ou auditiva, que possa prejudicar a imagem de pessoas ou de organizações.

001387

001387

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

6.2. Em relação à Integridade

6.2.1. Praticamos:

a) o cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis à nossa atividade e as normas internas do ISAC;

b) o cumprimento dos compromissos assumidos contratualmente pelo ISAC;

c) atitudes dentro e fora do ISAC em consonância com os princípios éticos e de integridade expressos neste Código;

d) na realização de compras e de contratações, critérios que permitam pluralidade de parceiros e fornecedores;

e) no relacionamento com parceiros e fornecedores, a exigência do cumprimento da legislação e regulamentação aplicáveis e da não utilização de trabalho infantil ou escravo, e a adoção de princípios éticos e de integridade;

f) o uso dos recursos do ISAC ou sob administração do Instituto – tais como mobiliário, instalações, equipamentos, materiais, imagem, marca, reputação, estratégia de negócio, planos, informações, conceitos, tecnologia, pesquisas, entre outros – com objetivos exclusivamente profissionais, de acordo com as normas internas, e no interesse do Instituto;

g) o condicionamento das ações de patrocínio e doações ao alinhamento com os objetivos e Missão do Instituto respeitadas as especificações do Estatuto Social e do Guia de Brindes, Presentes, Hospitalidades, Patrocínios e Doações;

h) o condicionamento do exercício de quaisquer outras atividades pessoais, profissionais ou acadêmicas à compatibilidade com o horário de trabalho no ISAC;

001388

001383

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

i) o repúdio a atitudes que pretendam induzir ou constranger quem quer que seja para a obtenção de favores pessoais ou profissionais de qualquer natureza, e

j) a comunicação à Comissão de Ética ou ao Comitê de Ética, de qualquer situação:

i. de conflito de interesses ou a presunção de sua existência;

ii. de pressão ou intimidação por parte de qualquer pessoa, que visem a obter vantagens ou favores indevidos, e

iii. que indique violação a este Código.

6.2.2. Não admitimos:

a) situações de subordinação hierárquica envolvendo familiares – cônjuge, companheiro(a) ou o parente, por consanguinidade ou afinidade, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, que possam caracterizar nepotismo;

b) quaisquer situações que configurem conflito de interesses, sejam eles reais, potenciais ou aparentes;

c) oferta, solicitação ou aceitação de brindes, presentes, hospitalidades, patrocínios e doações cujas características ou circunstâncias possam indicar propósito de influenciar atitudes ou decisões, conforme especificações normatizadas no Guia que trata dessas matérias;

d) pressões ou intimidações por parte de qualquer pessoa, que visem a obter vantagens ou favores indevidos;

e) corrupção, fraude, lavagem de dinheiro, atos lesivos à administração pública nacional e estrangeira, recebimento de propina ou quaisquer outros ilícitos;

001389

001389

f) o uso de informações privilegiadas, obtidas no exercício profissional, em nosso próprio benefício ou no de familiares, amigos ou terceiros;

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

g) o exercício de atividades paralelas, com ou sem contrato de trabalho, que possam causar danos à imagem do ISAC, e

h) a participação em atividades político-eleitorais que ensejem conflito de interesses com as ações do ISAC.

6.3. Em relação à Excelência

6.3.1. Praticamos:

a) a busca de padrões superiores de qualidade nos serviços que prestamos;

b) o contínuo aprimoramento da qualidade do nosso trabalho e dos processos assistenciais e organizacionais;

c) o cultivo de ambientes de trabalho motivadores e que estimulem a cooperação;

d) o comprometimento com a efetividade de nossas ações no desempenho de nossas atribuições e com o cumprimento da Missão do ISAC, e

e) o compartilhamento de conhecimentos e de experiências para o fortalecimento das competências profissionais no ISAC.

6.4. Em relação à Transparência

6.4.1. Praticamos:

a) a publicidade como preceito geral e o sigilo como exceção em conformidade com normas regulatórias;

b) a preservação das informações relativas à intimidade e à vida privada das pessoas, as informações de natureza estratégica e as informações privilegiadas;

001390

001330

c) a divulgação, no sítio eletrônico do ISAC, de informações sobre o funcionamento e atividades do Instituto;

d) a prestação de contas aos nossos associados, às instituições parceiras, à sociedade e ao Estado, de nossas atividades e dos recursos que gerimos;

e) a emissão de manifestações em nome do ISAC somente quando autorizados, e

f) o uso da logomarca do ISAC exclusivamente em situações relacionadas à atividade do Instituto e formalmente autorizada pela Diretoria Executiva.

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

6.4.2. Não admitimos:

a) a publicação de trabalhos pessoais, profissionais ou acadêmicos, contendo informações ou opiniões que possam ser interpretadas como posicionamento institucional do ISAC.

6.5. Em relação à liderança pelo exemplo:

6.5.1. Praticamos:

a) o respeito ao paciente e seus parentes/acompanhantes, promovendo tratamento humanizado;

b) o exemplo no cumprimento das leis, regulamentos, políticas e normas do ISAC, incluindo o Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses como principal ferramenta de gestão;

c) o oferecimento de condições de trabalho saudáveis e seguras em nossas instalações e nas unidades que administramos;

d) a valorização do processo de comunicação interna, disseminando informações relevantes relacionadas à ética, à integridade, aos negócios e às decisões corporativas;

001391

e) o estímulo ao contínuo aprimoramento da capacitação de nossos colaboradores, tanto por meio da participação em eventos como pelo treinamento em serviço;

f) o gerenciamento de riscos e a adoção de medidas de controle para mitigá-los, com vistas a assegurar o cumprimento da Missão do ISAC;

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

g) a rigorosa observância dos princípios e práticas contábeis a fim de que as demonstrações financeiras do ISAC espelhem com fidedignidade as transações realizadas;

h) o uso de mecanismos de gerenciamento de riscos e de controles internos para assegurar a implantação e o cumprimento de medidas destinadas a prevenir e combater comportamentos em desacordo com nossos princípios éticos e de integridade;

i) o incentivo ao trabalho em equipe, à colaboração e ao compartilhamento de conhecimentos e experiências;

j) o estímulo a práticas destinadas à preservação da saúde, segurança no trabalho, qualidade de vida e sustentabilidade;

k) o acolhimento de sugestões, ideias e questionamentos como contribuição para o aprendizado e para a melhoria dos processos organizacionais;

l) o reconhecimento de bons desempenhos e resultados apresentados pelos colaboradores, e

m) o comprometimento com a qualidade dos serviços prestados pelo ISAC e os resultados econômico-financeiros do Instituto.

001392

001305

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

7. Nossos Relacionamentos

Os Princípios e Valores norteadores da atuação do ISAC, bem como seus compromissos de conduta, devem estar refletidos nos relacionamentos nos âmbitos interno e externo ao Instituto, sempre zelando pela imagem, reputação e integridade do ISAC.

Nos relacionamentos no âmbito interno o ISAC adota medidas para que não haja distinção de tratamento entre as pessoas que atuam no Instituto, com respeito à hierarquia e ao desempenho das competências de cada um e em conformidade com os Princípios e Valores fundamentais.

As pessoas que atuam no âmbito do ISAC deverão contribuir para o estabelecimento e a manutenção de ambiente de trabalho em que prevaleçam a cooperação, eficiência, dedicação, iniciativa, justiça, responsabilidade, transparência e a urbanidade.

Todos os que atuam no ISAC devem se comprometer no sentido de não serem coniventes com qualquer infração a este Código, bem como aos demais atos normativos do Instituto.

Quanto aos relacionamentos no âmbito externos, o ISAC se pautará pelo mais elevado padrão ético, bem como pelos Princípios e Valores fundamentais orientadores deste Código, assumindo o compromisso de regular tais relações por meio de procedimentos imparciais, isonômicos, transparentes, idôneos e em conformidade com a legislação pertinente.

7.1. No relacionamento com clientes/pacientes e com a sociedade

7.1.1. Praticamos:

a) a cortesia, a presteza, a eficácia, a tempestividade, a responsabilidade e a diligência como padrões de atendimento;

b) o tratamento justo e equitativo;

c) a preservação das informações relativas à intimidade e à vida privada das pessoas;

d) a prestação de informações claras e precisas;

001393

001303

e) a valorização dos vínculos estabelecidos com as comunidades onde atuamos e respeitamos os valores culturais existentes no local;

f) o repudio a qualquer forma de exploração das pessoas pelo trabalho, quer seja ele compulsório, forçado, escravo ou infantil;

g) o repudio a qualquer forma de exploração sexual;

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

h) o respeito e a valorização do meio ambiente;

i) o compromisso com o desenvolvimento sustentável, e

j) o repúdio a atitudes que pretendam induzir ou constranger quem quer que seja para a obtenção de favores pessoais ou profissionais de qualquer natureza.

7.2. No relacionamento com empregados

7.2.1. Praticamos:

a) no processo de recrutamento, seleção e contratação, o respeito:

   i. a equidade de direitos e de oportunidades, e

   ii. a todas as diferenças, sejam elas de gênero e orientação sexual, de raça e etnia, de religião, de cultura, de convicção política, de idade, de classe social, de capacidade física ou quaisquer outras;

b) a preservação das informações relativas à intimidade e à vida privada;

c) o oferecimento de condições de trabalho saudáveis e seguras em nossas instalações e nas unidades que administramos;

d) o cultivo de ambientes de trabalho motivadores e que estimulem a cooperação;

e) o respeito as opiniões divergentes e de caráter construtivo, agindo continuamente para prevenir e solucionar eventuais conflitos, independentemente da posição hierárquica;

001394

f) o estímulo ao contínuo aprimoramento da capacitação, tanto por meio da participação em eventos como pelo treinamento em serviço;

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

g) o incentivo ao trabalho em equipe, à colaboração e ao compartilhamento de conhecimentos e experiências;

h) a meritocracia como critério para promoção;

i) a valorização do processo de comunicação interna, disseminando informações relevantes relacionadas à ética, à integridade, aos negócios e às decisões corporativas, e

j) o estímulo a práticas destinadas à preservação da saúde, segurança no trabalho, qualidade de vida e sustentabilidade.

7.2.2. Não admitimos:

a) atos de preconceito, qualquer forma de discriminação, assédio moral, assédio sexual, ameaça, chantagem, calúnia, difamação, injúria, falso testemunho, denúncias infundadas ou qualquer outro ato que contrarie nossos princípios éticos e de integridade, bem como atos que causem repúdio à sociedade, e

b) situações de subordinação hierárquica envolvendo familiares – cônjuge, companheiro(a) ou o parente, por consanguinidade ou afinidade, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, que possam caracterizar nepotismo.

7.3. No relacionamento com parceiros e fornecedores

7.3.1. Praticamos:

a) a equidade de direitos e de oportunidades;

b) critérios que permitam pluralidade de parceiros e fornecedores;

001395

c) a exigência do cumprimento da legislação e regulamentação aplicáveis, a não utilização de trabalho infantil ou escravo, e a adoção de princípios éticos e de integridade semelhantes aos nossos, e

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

d) o repúdio a atitudes que pretendam induzir ou constranger quem quer que seja para a obtenção de favores pessoais ou profissionais de qualquer natureza.

7.3.2. Não praticamos:

a) quaisquer situações que configurem conflito de interesses, sejam eles reais, potenciais ou aparentes;

b) oferta ou aceitação de brindes, presentes e hospitalidades, patrocínios e doações cujas características ou circunstâncias possam indicar propósito de influenciar atitudes ou decisões, conforme especificações normatizadas no Guia que trata dessas matérias;

c) pressões ou intimidações por parte de qualquer pessoa, que visem a obter vantagens ou favores indevidos, e

d) qualquer tipo de corrupção, fraude, lavagem de dinheiro ou quaisquer outros ilícitos.

7.4. No relacionamento com concorrentes

7.4.1. Praticamos:

a) a concorrência de forma leal, e

b) o respeito como princípio à reputação dos concorrentes.

7.4.2. Não praticamos:

a) qualquer tipo de abuso de poder;

b) qualquer tipo de retaliação a concorrentes;

c) o oferecimento de qualquer tipo de vantagem indevida a licitante concorrente;

d) o uso de informações privilegiadas, obtidas no exercício profissional, em nosso próprio benefício ou no de

001396

familiares, amigos ou terceiros, e

e) qualquer forma de espionagem.

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

7.5. No relacionamento com o setor público

7.5.1. Praticamos:

a) o cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis à nossa atividade, e

b) o repúdio a atitudes que pretendam induzir ou constranger quem quer que seja para a obtenção de favores pessoais ou profissionais de qualquer natureza.

7.5.2. Não praticamos:

a) quaisquer situações que configurem conflito de interesses, sejam eles reais, potenciais ou aparentes;

b) oferta ou aceitação de brindes, presentes, hospitalidades, patrocínios e doações cujas características ou circunstâncias possam indicar propósito de influenciar atitudes ou decisões, conforme especificações normatizadas no Guia que trata dessas matérias;

c) pressões ou intimidações por parte de qualquer pessoa, que visem a obter vantagens ou favores indevidos;

d) corrupção, fraude, lavagem de dinheiro, atos lesivos à administração pública nacional e estrangeira ou quaisquer outros ilícitos, e

e) o uso de informações privilegiadas, obtidas no exercício profissional, em nosso próprio benefício ou no de familiares, amigos ou terceiros.

001397

8. Denúncias

Situações ou suspeitas de violação a este Código devem ser prontamente comunicadas à Comissão de Ética da unidade ou encaminhadas para https://isac.org.br/canal-de-denuncias/.

Quaisquer denúncias, anônimas ou não, devem informar o nome do(s) autor(es) da irregularidade, a descrição verídica dos fatos e a indicação de testemunhas e o envio de provas, de forma a viabilizar a apuração da ocorrência.

O ISAC estabelece mecanismo de proteção que impeça retaliação a pessoa que utilize o canal de denúncias.

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

001398

9. Sanções

A inobservância dos princípios éticos e de integridade ou do padrão de conduta previstos neste Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses sujeita o infrator às medidas disciplinares e sanções previstas na Política de Consequências do ISAC, sem prejuízo das penalidades legais cabíveis.

Os profissionais regulamentados por leis específicas, a exemplo de Médicos, Odontólogos e Enfermeiros, devem ter atenção especial, pois além de estarem obrigados a cumprirem os requisitos constantes deste Código, também estão sujeitos às obrigações exigidas nos respectivos códigos de éticas profissional, previstos em lei e também nos contratos de trabalhos firmado com o ISAC.

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

001399

001303

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

10. Disposições Gerais e Transitórias

O Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses do ISAC é aprovado pelo Conselho de Administração.

Vinculado diretamente ao Conselho de Administração, atua o Comitê de Ética, como órgão de apoio, que tem entre seus objetivos:

a) propor revisões e atualizações do Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses;

b) divulgar o Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses;

c) promover ações para disseminar e fortalecer cultura ética no Instituto, e

d) receber e responder consultas relativas a ética, conduta, integridade e conflito de interesses.

Todos funcionários do ISAC devem tomar conhecimento e implementar as orientações estabelecidas neste Código, inclusive no momento do ingresso nos quadros do Instituto.

Será disponibilizado treinamento, no mínimo anual, sobre este Código, para empregados e administradores.

Dúvidas relativas à ética, conduta, integridade e conflito de interesses devem ser apresentadas ao superior hierárquico ou encaminhadas ao Comitê de Ética para o seguinte endereço eletrônico: canaldedenuncia@isac.org.br.

A revisão deste documento é realizada a cada dois anos, ou extraordinariamente, a qualquer tempo. O Código, quando revisado, será novamente disponibilizado para ciência e anuência dos *stakeholders*.

001400

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

1º Ofício de Brasília-DF
Nº de Protocolo e Registro
163677
Pessoas Jurídicas

O presente Código entra em vigor na data de sua aprovação e validação pelo Conselho de Administração, revogando-se disposições anteriores ou em contrário.

Brasília (DF), 16 de junho de 2021.

EVANE DE LOURDES FERREIRA SIMONASSI CORBACHO
PRESIDENTE DO ISAC
CPF/MF 510.743.706-00

001401

ISAC

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

POLÍTICA DE COMPRAS, CONTRATAÇÕES E ALIENAÇÕES

O Conselho de Administração do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, no exercício de suas atribuições e competências estatutárias, aprova a presente Política de Compras e Contratações no âmbito do território brasileiro.

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

TÍTULO I – OBJETIVO

Art. 1º. Estabelecer procedimentos, critérios e exigências para a seleção e contratação de pessoas físicas ou jurídicas para fornecimento de bens, obras, serviços, compras e alienações.

TÍTULO II – REGULAMENTAÇÃO

Art. 2º. A regulamentação do presente atende aos seguintes institutos:

I – Princípios Constitucionais da Administração Pública;

II - Estatuto do Instituto Saúde e Cidadania;

III - Regimento Interno e demais regras internas.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

TÍTULO III – CAMPO DE APLICAÇÃO

Art. 3º. Esta Política é instrucional se aplica a todas as áreas de atividades do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, no qual se entende pela sede, suas filiais e unidades geridas ou administradas pelo ISAC, nas relações comerciais com recursos próprios, ou de contrato de gestão, convênios ou congêneres.

CAPÍTULO II – DO PROCESSO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE BENS, OBRAS E SERVIÇOS E ALIENAÇÕES

TÍTULO I – PRINCÍPIOS, EXIGÊNCIAS E CONCEITOS

Art. 4º. Para a finalidade desta política se conceitua serviço, prestação de serviço, locação, cessão de mão-de-obra, empreitada, compra e alienação da seguinte:

001402

001405

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

I – Serviço é a atividade econômica da qual não resulta um produto tangível;

II – Prestação de serviços é toda espécie de atividade ou trabalho lícito, material ou imaterial, contratada mediante retribuição (CC, art. 594), excluídos as relações de emprego e outros serviços regulados por legislação específica;

III – Locação é o contrato pelo qual uma das partes (locador) se obriga a ceder à outra (locatário), por tempo determinado ou não, o uso e gozo de coisa infungível, mediante certa retribuição. A locação para fins dessa Política somente será de bens imóveis ou móveis, e não constitui uma prestação de serviços, mas disponibilização de um bem, seja ele imóvel ou móvel para utilização do locatário sem a prestação de um serviço;

IV – Cessão de mão-de-obra é a colocação à disposição da empresa contratante, em suas dependências ou nas de terceiros, de trabalhadores que realizem serviços contínuos, relacionados ou não com sua atividade fim, quaisquer que sejam a natureza e a forma de contratação, inclusive por meio de trabalho temporário na forma da Lei nº 6.019, de 1974;

V – Empreitada é a execução, contratualmente estabelecida, de tarefa, de obra ou de serviço, por preço ajustado, com ou sem fornecimento de material ou uso de equipamentos, que podem ou não ser utilizados, realizada nas dependências da empresa contratante, nas de terceiros ou nas da empresa contratada, tendo como objeto um resultado pretendido;

VI – Compra é a aquisição de um bem tangível ou intangível mediante pagamento, sem a prestação de um serviço;

VII – Alienação de bens é a transferência de domínio de bens de um indivíduo para terceiros, que ocorre quando a Administração dos bens públicos admite unicamente sua utilização e conservação segundo a destinação natural ou legal de cada item;

1º Ofício do Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

001403

VIII – Alienação fiduciária, que é a transferência da propriedade de um bem móvel ou imóvel do devedor a seu credor, para garantir o cumprimento de uma obrigação.

Art. 5º. As compras e contratações de bens, obras e serviços e alienações realizadas pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC e suas filais serão precedidas de consulta de preços (cotação), e quando o caso, de capacidade técnica, observados os princípios da Administração Pública e as demais disposições aqui explicitadas.

Art. 6º. Em todos os processos de compras e contratações de bens, obras e serviços e alienações, ou qualquer outra forma pactuada de relacionamento comercial realizadas pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC (sede e filiais), deverão ser observados os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência.

Art. 7º. A escolha da proposta de fornecimento de bens e serviços e de alienações se fará pela melhor proposta, realizada mediante prévia consulta de preços, considerando-se os valores praticados no mercado, a técnica empregada e a capacidade técnica, estes dois últimos quando for o caso, entre os potenciais fornecedores do ramo a que pertence o objeto a ser contratado, na forma especificada nesta Política Institucional.

Parágrafo Único. O processo físico de Consulta de Preços poderá ser substituído por um processo eletrônico.

1° Ofício da Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

TÍTULO II – DOS PROCEDIMENTOS

Art. 8º. O processo de compra e contratação de bens, obras e serviços e alienações compreende o cumprimento dos seguintes procedimentos a seguir especificados:

I - Solicitação de compra e, ou, contratação de bens, obras e serviços e ou alienações;

001404

II - Autorização de abertura de processo;

III - Consulta de preços (cotação);

IV - Autorização de compra ou fornecimento ou celebração do contrato;

1° Ofício de Brasília - DF
Registro de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

V - Pagamento.

Parágrafo Único. Em face da Política de Qualidade instituída pelo ISAC, poderá ser realizada a qualificação dos fornecedores habituais, conforme previsão na Política de Qualificação de Fornecedores adotada pelo ISAC, no qual será realizado em processo independente.

Art. 9º. O processo de Compras, Contratações e Alienações será sempre formal, podendo ser físico ou eletrônico, autuado de forma sequencial, utilizando-se o seguinte padrão, Tipo de Processo (Compras / Contratações / Alienações) Nº Sequencial/Ano – Unidade.

§1º. Quando se tratar de compras de materiais e medicamentos utilizado plataforma eletrônica especializada, não há necessidade de autuação do processo neste formato, devendo-se utilizar o procedimento e a formatação da plataforma, no qual deverá possuir controle semelhante.

§2º. A descrição da unidade poderá ser substituída pela localidade ou Estado da Federação, quando o processo se referir a mais de uma unidade da abrangência territorial a ser colocada.

§3º. Quando o processo for físico este deverá ficar arquivado na unidade pelo tempo de duração do projeto, e ser transferido para sede do ISAC caso o projeto seja inferior a 05 (cinco) anos, bem como, deverá, ao final do processo, o mesmo ser digitalizado e encaminhado digitalmente à sede do ISAC.

§4º. Quando o processo for digital este deverá ser todo no formato PDF e ficar arquivado na unidade e na sede pelo período de 05 (cinco) anos.

001405

§5º. O Processo de Compras, Contratações e Alienações somente será autuado quando da autorização da Consulta de Preço pelas pessoas competentes.

Art. 10. Com o intuito de cumprimento da Lei de Acesso à Informação e as Regras de Combate à Lavagem de Dinheiro da ENCCLA e as do Compliance do ISAC, todos os Processos de Compras, Contratações e Alienações deverão ser totalmente disponibilizado no site oficial do ISAC.

1º Ofício de Brasília - DF
Registro de Títulos e Documentos
de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

TÍTULO II – DA SOLICITAÇÃO DE COMPRAS, CONTRATAÇÕES E ALIENAÇÕES

Art. 11. A solicitação de compras, contratações e alienações será sempre formal, física ou eletrônica (e-mail), realizada pelos setores da unidade solicitante para sua Diretoria, ou seja, Diretor de unidade, quando for para suprir necessidades da unidade solicitante, Superintendente Administrativo e/ou Presidente, quando for para suprir necessidades da sede do ISAC ou atendimento global de todas as unidades ISAC.

§1º. A Diretoria da unidade e/ou a Superintendência Administrativa e/ou Presidência após o recebimento da solicitação de compra e/ou contratação verificará a necessidade da solicitação, e a necessidade sendo real e justificada, encaminhará para publicação do aviso de cotação e contratação.

§2º. Não havendo justificativa da solicitação, ou a mesma, não tiver sido instruída com o Termo de Referência, ou informações suficientes para confecção do mesmo, a Diretoria da unidade e/ou a Superintendência Administrativa e/ou Presidência negará ou determinará sanar o vício existente. O silêncio subtenderá como negativa.

§3º. A determinação da publicação do aviso de cotação para compra de bens e materiais, e/ou contratação de bens, obras e serviços e/ou alienações, é tido como autorização tácita para prosseguimento do procedimento.

Art. 11. A solicitação de compra e/ou contratação deverá vir instruída com TR - Termo de Referência ou minimamente com as características dos objetos a serem comprados, e/ou com a descrição do objeto da contratação (bens, obras e

001406

serviços), prazos para entrega, vigência contratual, obrigações da contratada, entre outros que se acharem necessários.

§1º. Não poderá ser aberto o Procedimento de Cotação sem a existência do TR - Termo de Referência, no qual deverá constar as caracteristicas dos objetos a serem comprados, e/ou descrição do objeto da contratação (bens, obras e serviços), prazos para entrega, vigência contratual, obrigações da contratada, entre outros que se acharem necessários, e será a base para confecção contratual e isonomia entre os interessados.

§2º. Mesmo nos casos de dispensa, inexigibilidade e carona da consulta de preços, o Processo de Compras, Contratações e Alienações deverá ser precedido do TR, como referencial da contratação, bem como, da justificativa da dispensa, inexigibilidade e carona.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

§3º. Fica dispensado o TR para compra de materiais médicos e medicamentos, devendo a solicitação se ater ao rol de padronização a ser implantada na unidade, bem como, posição atualizada do estoque, e caso algum material médico ou medicamento não esteja no rol de padronização, autorização da Direção Técnica da unidade.

Título III – Da Consulta de Preços

Art. 12. A consulta de preços destina-se a selecionar a proposta economicamente mais vantajosa para o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC e será processada com as propostas recebidas, e julgada em estrita conformidade com os princípios descritos na presente Politica de Compras, Contratações e Alienações, no estatuto do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC e Termos de Referencia, não sendo admitidos critérios que frustrem seu desiderato maior de seleção da melhor proposta de fornecimento de bens ou serviços e alienações.

Art. 13. A consulta de preços ocorrerá da seguinte forma:

I – Publicação do aviso de cotação de preço para compras de bens e materiais, ou contratação bens, obras e serviços, ou alienações;

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

1° Ofício da Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

II – Recebimento das propostas;

III – Apuração da melhor proposta.

Art.14. A consulta de preço não será sigilosa, sendo acessíveis ao público, devendo ser publicada.

Art. 15. A publicação do aviso de cotação de preço de compras de compras de bens e materiais, ou contratação bens, obras e serviços, ou alienações ocorrerá em site especializado ou no site do ISAC e suas redes sociais, ou ainda em plataformas eletrônicas especializadas, e no diário oficial do ente a que a unidade a ser beneficiada faça parte.

§1°. Em caso de consulta de preço de valor estimado superior à R$ 160.000,00 (cento e sessenta mil reais), além da publicação prevista no *caput*, deverá ainda ser procedida de publicação em jornal de grande circulação da área territorial da unidade a que se destina.

§2°. Em caso de consulta de preço de valor estimado inferior à R$ 16.000,00 (Dezesseis mil reais), ou de qualquer valor quando se tratar de URGÊNCIA, a publicação poderá ser suprimida e substituída por comprovação de solicitação de cotação a 03 (três) fornecedores ou prestadores de serviço, podendo ser feita esta solicitação por via eletrônica (e-mail).

§3°. As publicações no site do ISAC deverão ficar registradas por pelo menos 12 (doze) meses, e terem um prazo mínimo de 07 (sete) dias entre a divulgação e o prazo final para recebimento das propostas, e um prazo mínimo de 15 (quinze) dias quando se tratar do §1° deste artigo.

§4°. Ficam isentas de publicação de aviso os casos de dispensa, inexigibilidade e carona previstas na Lei n° 8.666/93 ou nesta Política.

Art.16. As propostas de preços e documentações pertinentes à consulta de preço, quando for o caso, serão recebidas conforme descrito no Termo de Referência ou solicitação cotação.

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

Art.17. A escolha da melhor proposta será objetiva e utilizando o TR, podendo ainda ser utilizado, além do preço, os aspectos operacionais das propostas apreciadas, os interesses que motivaram a celebração do Contrato de Gestão, o currículo dos proponentes, o interesse dos beneficiários, a qualidade técnica dos bens ou serviços, avaliada através de atestados de idoneidade técnica ou por meio de avaliação de especialistas, dependendo da complexidade do objeto e o custo de elaboração da proposta pelo participante do processo.

§1º. Caso a escolha da melhor proposta seja unicamente baseada em preço, não haverá necessidade de documento formal de apuração, servindo para tanto o despacho de autorização de compra, contratação ou alienação.

§2º. Caso a escolha da melhor proposta não seja utilizando o critério de menos valor, esta deverá ser motivada e fundamentada

Art. 18. A melhor oferta será decidida pela Superintendência Administrativa do ISAC, Diretor da Unidade ou Gerente de Compras do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC.

Parágrafo único. Em caso de cotações desertas ou com menos de 2 (dois) interessados, deverá ser procedido novamente a cotação nos mesmos moldes, e caso persista a situação elencada, poderá ser procedida a dispensa da consulta de preço.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

SUBTÍTULO I – DA DISPENSA

Art. 19. É dispensável a consulta de preço nos seguintes casos:

I - Nos casos de início de Contrato de Gestão ou convênio com duração de no mínimo 12 (doze) meses, e que não houve transição do serviço de pelo menos 30 (trinta) dias, compreendido entre a ordem de inicio e a efetiva prestação do serviço, e somente para os bens e serviços necessários ao atendimento do objeto do Contrato de Gestão ou convênio, visando o não desabastecimento e paralização dos serviços;

001409

II – Nos casos de início de Contrato de Gestão Emergencial, ou congêneres, visando o não desabastecimento e paralização dos serviços;

III - Nos casos de urgência, que venha atingir o objeto do Contrato de Gestão ou do Convênio, e que ocorra dentro dos 06 (seis) primeiros meses do instrumento;

IV - Quando não acudirem interessados a consulta de preço, desde que mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas;

V - Nas compras ou contratações de serviços cujo fornecedor possua ata de registro de preço vigente, ou que já possua contrato similar com o ISAC em outra unidade, com o mesmo objeto da consulta de preços;

VI - Para contratação de serviços médicos de procedimentos e exames, assessoria de comunicação.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

VII - Nos casos de dispensa elencados na Lei n° 8.666/93.

§1°. Quando da das hipóteses de dispensa dos incisos I e II, os contratos terão vigência de 06 (seis) meses, ou o tempo de vigência do Contrato de Gestão Emergencial, ou congêneres.

§2°. Para atendimento desta Politica para ser considerado situação emergencial adota-se o entendimento do Tribunal de Contas da União, no qual por meio da Decisão Plenária n°347/1994 entendeu que:

I - Situação adversa, dada como de emergência ou de calamidade pública, não se tenha originado, total ou parcialmente, na falta de planejamento, na desídia administrativa ou na má gestão dos recursos disponíveis, ou seja, que ela não possa, em nenhuma medida, ser atribuída à culpa ou dolo do agente público que tinha o dever de agir para prevenir a ocorrência de tal situação.

II - Exista urgência concreta e efetiva do atendimento à situação decorrente do estado emergencial ou calamitoso, visando afastar risco de danos a bens ou à saúde, ou à vida de pessoas.

001410

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

III - O risco, além de concreto e efetivamente provável, se mostre iminente e especialmente gravoso.

IV - A imediata efetivação, por meio de contratação com terceiros, de determinadas obras, serviços ou compras, segundo as especificações e quantitativos tecnicamente apurados, seja o meio adequado, efetivo e eficiente de afastar o risco iminente detectado.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

SUBTÍTULO II – DA INEXIGIBILIDADE

Art. 20. É inexigível consulta de preço para os seguintes casos:

I - Para contratação de serviços médicos de plantão e consultas, jurídicos, contábeis, compliance, auditoria, arquitetura, captação de projetos, confecção propostas técnicas (Projetos), monitoramento de contrato de gestão e congêneres, gerência e superintendência, de pessoas jurídicas ou físicas;

II - Para aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, devendo ser comprovado a exclusividade, e justificado, nestes casos, pelo corpo técnico a escolha da marca ou produto;

III - Para a contratação de serviços técnicos de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação;

IV - Para contratação de profissional de qualquer setor artístico, diretamente ou através de empresário exclusivo.

V - Nos casos de inexigibilidades elencadas na Lei n° 8.666/93.

Parágrafo Único. Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

I - Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos (propostas técnicas);

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

II - Pareceres, perícias e avaliações em geral;

III - Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias financeiras;

IV - Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

V - Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

VI - Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

VII - Prestação de serviços de assistência a saúde em áreas específicas;

1° Ofício do Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

VIII - Informática, inclusive quando envolver aquisições de programas.

Art. 21. A dispensa e a inexigibilidade da consulta de preços serão autorizadas pelo Presidente, Superintendente Administrativo ou Diretor da Unidade e será instruído com os seguintes elementos:

I - Caracterização da situação que justifique a dispensa e a inexigibilidade;

II - Razão da escolha do fornecedor ou executante.

Parágrafo Único. Em se tratando das hipóteses elencados nos incisos I, II e V do Art. 19 e do inciso I do art. 20 desta Política, não há necessidade de cumprimento dos incisos do *caput*.

SUBTÍTULO III – DA CARONA

Art. 22. Poderá ser utilizado, por outra unidade do ISAC, a consulta de preço previamente realizada, para compra ou contratação, desde que se mantenha as mesmas vantagens que levaram a primeira compra ou contratação, e esse procedimento se dará o nome de carona.

§1°. As caronas só podem ser autorizadas pelas pessoas descritas no Art. 11 dessa Política.

001412

§2º. As caronas deverão ser instruídas com o processo já realizado pela outra unidade, no qual será a base para a nova contratação.

§3º. Em caso de carona, a unidade que se utilizar da cotação, deverá providenciar nova contratação, sendo vedada a utilização do mesmo contrato.

Art. 23. O ISAC poderá realizar uma cotação de preço única quando a compra ou o serviço for idêntico para todas as unidades, devendo, contudo, ser gerado um contrato para cada unidade contemplada, bem como, os pagamentos da compra ou contratação ficarão de responsabilidade de cada unidade.

§1º. Em casos de cotação de preço única, o Presidente ou Superintendente Administrativo, encaminhará o resultado para cada unidade, no qual, o seu Diretor ficará responsável pela confecção contratual.

§2º. Não será aceita a realização de cotação de preço única quando a compra ou o serviço não for idêntico.

TÍTULO IV – DA ORDEM DE FORNECIMENTO E DA AUTORIZAÇÃO DE CONTRATUALIZAÇÃO E ALIENAÇÃO

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

SUBTÍTULO I – DA ORDEM DE FORNECIMENTO

Art. 23. A ordem de fornecimento é a autorização para que seja realizada a entrega dos bens comprados, nos processos de compras, e será emitida ao fornecedor que ofertou a melhor condição no procedimento de cotação de preço, devendo representar fielmente todas as condições realizadas da cotação de preço ou da negociação.

§1º. A Ordem de fornecimento será emitida por quem autorizou a cotação de preço, dispensa, inexigibilidade ou carona, e em caso de compras acima de R$ 20.000,00 (vinte mil reais) não realizadas via plataforma eletrônica de compras, quando o autorizador for o Diretor da unidade, essa deverá vir precedida de autorização prévia da Superintendência competente do ISAC.

001413

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

§2º. Após a emissão da ordem de fornecimento o fornecedor terá o prazo que foi colocado na cotação de preço ou negociado para entrega dos bens comprados, sob pena da mesma ser cancelada e emitida para o fornecedor que ofertou a segunda melhor condição.

Art. 21 - A venda ou fornecimento de bens e serviços para o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC implica a aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, bem como a observância deste Regulamento e normas aplicáveis.

Parágrafo único. Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas, pelo fornecedor, nota fiscal de venda ou de prestação de serviços, ou fatura de prestação de serviços.

Cartório de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

SUBTÍTULO II – DA AUTORIZAÇÃO DE CONTRATUALIZAÇÃO

Art. 24. A autorização de contratualização é subtendida como sendo a ordem de serviço, ou seja, a autorização ao fornecedor de serviço para que o mesmo inicie a prestação do serviço cotado, quando da cotação de preço ou carona, ou negociado, quando da dispensa ou inexigibilidade.

§1º. A autorização de contratualização será emitida será emitida por quem autorizou a cotação de preço, dispensa, inexigibilidade ou carona, e em caso de contratualização acima de R$ 160.000,00 (Cento e sessenta mil reais), quando o autorizador for o Diretor da unidade, essa deverá vir precedida de autorização prévia da Superintendência competente do ISAC.

§2º. Deverá ser sempre observado as condições colocadas no Termo de Referência da cotação de preço na emissão da autorização de contratualização, e sempre será anterior a formalização contratual.

§3º. A prestação do serviço a ser contratualizado somente poderá ser iniciado após a assinatura do instrumento contratual, sob pena de não reconhecimento dos serviços prestados anteriormente à formalização contratual.

001414

I - Caso esse início da prestação de serviço ocorra por autorização da Direção da unidade, sem a devida formalização contratual, este responderá por tal situação, podendo inclusive ser demitido.

Art. 25. Os contratos deverão estabelecer com clareza e precisão as condições de execução, aplicando-lhes as normas de direito civil, os princípios da teoria geral de contratos e as disposições do direito privado, bem como as condições expostas e aceitas pelo fornecedor nos Termos de Referência.

Art. 26. A critério do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

Art. 27. O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC caberá fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar as sanções previstas contratualmente, quando descumpridas as cláusulas pactuadas.

Parágrafo único. A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a sua rescisão, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e previstas em lei.

SUBTÍTULO III – DA AUTORIZAÇÃO DE ALIENAÇÃO

Art. 28. A autorização de alienação será sempre anterior à formalização da alienação e emitida pelo Conselho de Administração do ISAC ratificada pela Assembleia Geral, com votação de maioria simples, e convocada para esse fim.

Parágrafo único. A alienação deverá observar as condições impostas no Estatuto Social do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC e subsidiariamente aos desta Política.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

TÍTULO V – DA QUALIFICAÇÃO DOS FORNECEDORES

Art. 29. A qualificação do fornecedor observará a periodicidade e a forma insculpida no Procedimento Operacional Padrão – POP de Qualificação de

001415

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

Fornecedor, devendo conter obrigatoriamente pela verificação de documentos legais e dos acervos técnicos, quando o caso.

Art. 30. A apresentação dos documentos legais e acervo técnico, quando for o caso, será obrigatório na qualificação do fornecedor, e deverão ser encaminhados via Correios, via e-mail (eletronicamente mediante certificação digital) ou entregues diretamente no departamento de compras do Instituto Saúde e Cidadania, atualizados e dentro do prazo de validade.

I - CNPJ;

1° Ofício do Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

II - Inscrição Estadual, quando o caso;

III - Contrato Social e a ultima alteração;

IV - Autorização de Funcionamento Municipal;

V - Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal da sede do proponente, ou outra equivalente, na forma da lei;

VI - Prova de regularidade relativa à Seguridade Social (Previdência) e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

VII - Certidão negativa de execuções trabalhista emitidas pela Justiça do Trabalho.

§1°. Os documentos eletrônicos obtidos via internet não necessitam de autenticação, e os demais deverão ser autenticados em cartório, ou certificação digital.

§2°. As certidões positivas com efeito de negativa serão válidas para demonstrar a regularidade do fornecedor.

§3°. Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos, OPME e correlatados são necessários também os documentos listados abaixo, caso haja formalização contratual:

001416

I - Cópia autenticada do registro do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União – obrigatório para fabricante e distribuidor;

II - Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante;

III - Licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária;

IV - Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica - obrigatório pelo fabricante e distribuidor;

V - Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para o fabricante;

VI - Cópia de autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatório para fabricante e distribuidor.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

Título VI – Disposições Finais

Art. 31. Não poderão participar dos processos seletivos de compra, nem contratar com o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, pessoas físicas ou jurídicas que se relacionem com dirigentes ou pessoa com poder decisório no Poder Público que mantenha Contrato de Gestão ou Convênio com o ISAC.

Art. 32. O patrimônio adquirido, exclusivamente com recursos advindos do contrato de gestão com o Poder Público, é inalienável e deverão ser integralmente destinados à execução do contrato de gestão.

Art. 33. A Presidência, Superintendência Administrativa, ou Direção da Unidade, deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnicos profissionais especializados, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

001417

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

Art. 34. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho de Administração, com base nos princípios gerais de direito, regras de Compliance e Regras de Combate à Lavagem de Dinheiro da ENCCLA.

Art. 35. Esta Política entra em vigor na data de sua publicação no site do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, revogadas as disposições em contrário.

Brasília (DF), 14 de janeiro de 2020.

Presidente
Conselho de Administração
Instituto Saúde e Cidadania

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

Dr. Thiago Sobreira
OAB/GO 35.952
Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Evane Corbacho
Presidente
Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Arcangela

001418

1. OBJETIVO

Esta Política tem por finalidade proteger a propriedade intelectual, as informações estratégicas, os dados de usuários, pacientes, prestadores de serviços e colaboradores do Instituto Saúde e Cidadania-ISAC e suas unidades gerenciadas. Evitar possíveis prejuízos decorrentes da divulgação de informações sigilosas, estratégicas ou aquelas protegidas por lei.

2. APLICABILIDADE

Esta política se aplica na Sede Administrativa e nas unidades administradas, devendo ser adotada por todos os colaboradores, administradores, prestadores de serviços, fornecedores, parceiros, associados, agente públicos cedidos, entre outras pessoas de interesse. Todos os prestadores de serviços terceirizados devem aplicar no âmbito do contrato com o Instituto.

3. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Os princípios de classificação da informação estabelecidos nesta Política são essenciais para que o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, consiga assegurar a segurança adequada as suas informações, sejam essas físicas ou lógicas em meios digitais.

3.1. Acesso à Informação

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC foi constituído na forma de associação civil privada, sem fins lucrativos. Realiza suas atividades por meio de contratos de gestão com a administração pública, por este motivo, se submete à Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527).

A "LAI" estabelece que instituições submetidas ao regime desta lei possuem a confidencialidade como regra de exceção e a publicidade como a regra natural.

001419

Para o Instituto a transparência é mais do que só uma obrigação legal, a transparência é um valor, um compromisso, está no DNA da instituição. Todas as informações pertinentes aos contratos de gestão com a administração pública estão disponíveis no Portal da Transparência do ISAC.

3.2. Classificação da Informação

A obrigação pela classificação da informação é responsabilidade de quem a produzir ~~e não de terceiros~~. O responsável deverá respeitar as normas legais vigentes, as normas do ISAC e com base nelas, definir o grau de restrição de acesso a ela.

As informações físicas e digitais do ISAC deverão ser classificadas em três níveis, conforme abaixo:

- Pública: informação sem restrição de acesso, que poderá, inclusive, ser compartilhada com pessoas fora da organização.
- Interna: informação com restrição de acesso ao público interno da organização, ou seja, só poderá ser acessada pelos colaboradores do Instituto. Não deverá ser acessada por pessoas fora da organização.
- Confidencial: informação com restrição de acesso. Somente pessoas designadas poderão ter acesso a essas informações. A título de exemplo, temos as informações de folha de pagamentos, restrita a colaboradores das áreas de Contabilidade e Recursos Humanos.

As informações que forem publicadas nas redes sociais e sites oficiais e unidades gerenciadas são públicas pela própria natureza da divulgação desses meios.

É expressamente vedada a divulgação de quaisquer informações internas e confidenciais por meio de WhatsApp ou qualquer outra ferramenta de troca de mensagens. Documentos devem ser compartilhados exclusivamente por e-mail ou em nuvem institucional.

3.3. Execução

Os documentos físicos, a exemplo de contratos, postagens, malotes, propostas, entre outros e lógicos (e-mails, diretórios, diretórios em nuvem, entre outros) devem conter de forma expressa entre colchetes ([Pública], [Interna], [Confidencial]) a classificação da informação.

- Documentos físicos: devem conter a classificação na capa ou na primeira página do documento;
- Documentos digitais (pdf, word, excel): devem conter a classificação no nome do arquivo;
- E-mails: devem conter a classificação no assunto ou título da mensagem. Exemplo: {Interna} Aplicação da Política de Comunicação.

3.4. Medidas Disciplinares

Desvios e descumprimentos a esta política estarão sujeitos às medidas disciplinares previstas pela Política de Consequências do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC e serão definidas pelo Comitê de Ética ou pelo Conselho de Administração a depender da gravidade dos atos e da competência para a decisão.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor

5. APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
José Carlos Deotti Gestor de Segurança da Informação	Ristori G. Pinto Thalita Mesquita Daiane Leite Gestão de Qualidade	Evane Corbacho Presidente

001421

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Política de Comunicação Integrada

1. INTRODUÇÃO

A Política de Comunicação do ISAC – Instituto Saúde e Cidadania é o conjunto de diretrizes de como a instituição e as unidades que gerencia utiliza as ferramentas de comunicação e se relaciona com os diversos atores sociais. Seu cunho é dialogal, colaborativo, participativo, normativo e em consonância com transparência, verdade, integridade.

2. OBJETIVO

Estabelecer normas e escopo de atividades inerentes à área de Comunicação dos projetos administrados pelo ISAC e condutas que os demais setores devem seguir em relação aos processos que envolvem a atividade de comunicação e relacionamento com todos os *stakeholders*.

3. APLICABILIDADE

Deve ser aplicado na Sede Administrativa e nas unidades administradas. Todos os prestadores de serviços terceirizados devem aplicar no âmbito do contrato com o ISAC.

4. DEFINIÇÕES E SIGLÁRIO

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

CI: Comunicação Interna

Compliance: conformidade, área responsável por disciplinar a organização em prol de cumprir as normas legais e regulamentares

ISAC Plus: rede extranet para comunicação com colaboradores e prestadores de serviços

ISAC: Instituto de Saúde e Cidadania

LGPD: Lei Geral de Proteção de Dados

001422

Mailing: lista de contatos dos stakeholders da organização

QR-Code: código de barras que pode ser escaneado com câmera

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário

Stakeholders: partes interessadas

TI: Tecnologia da Informação

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

WEB: é um sistema de documentos em hipermídia que são interligados e executados na Internet

5. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

A política padroniza e sistematiza o processo de comunicação. Ela contém as diretrizes estratégicas que integram a condução da Comunicação da instituição, sendo elas: comunicação organizacional, comunicação institucional, gerenciamento de crise, assessoria de imprensa e mensuração de resultados.

A Política de Comunicação detalha relacionamento com públicos, define porta-voz, canais e meios de comunicação.

1º Ofício do Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.1. Objetivos da Comunicação

a) Assessorar a presidência e as diretorias em relação aos processos que envolvem a comunicação estratégica, organizacional, institucional e de mercado;
b) Estabelecer canais de comunicação e normas para divulgação de informações;
c) Gerar entendimento entre o ISAC, unidades gerenciadas e seus *stakeholders* (partes interessadas);
d) Integrar a equipe;
e) Manter os públicos informados sobre os acontecimentos nas unidades e na entidade gestora;
f) Motivar o público de dependência;
g) Padronizar a identidade visual nos projetos que o ISAC administra;
h) Preservar e proteger a reputação dos colaboradores, das unidades, da entidade gestora, do contratante e do Sistema Único de Saúde;

001423

i) Trabalhar a imagem do ISAC e das unidades que gerencia de forma positiva perante os seus *stakeholders*, fortalecendo sua missão, visão e valores, além dos seus objetivos estratégicos;

j) Fortalecer a cultura de integridade e transparência da instituição;

k) Trocar experiências.

5.2. Canais de Comunicação

5.2.1. Site

Para manter relacionamento com a sociedade, adotando conceitos de facilitação do acesso à informação, transparência e interatividade com os públicos, o ISAC adotou o site como veículo de comunicação oficial.

O instituto possui seu site, disponível na extensão org.br e que tem o cunho institucional, organizacional, mercadológico e informativo. Ele está situado no endereço https://isac.org.br. Os projetos temporários, a exemplo das unidades covid-19, possuem uma categoria específica no site para, assim, veicular as informações relativas a elas. Já as unidades permanentes, que estão sob a administração do ISAC, possuem um site próprio com a extensão med, sendo:

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.2.1.1. Unidades públicas

- Hospital Municipal de Araguaína - https://hma-to.med.br
- Hospital Ib Gatto Falcão - https://hospigaf.med.br
- Unidade de Pronto Atendimento Anatólio Dias Carneiro http://upaaraguaina.med.br
- Unidade de Pronto Atendimento Icuí - https://upaicui.med.br
- Unidade de Pronto Atendimento Cidade Nova - https://upacidadenova.med.br
- Unidade de Pronto Atendimento Trapiche da Barra https://upatrapichedabarra.med.br
- Unidade de Pronto Atendimento Benedito Bentes - https://upabeneditobentes.med.br

- Multicentro Carlos Gomes - http://mcs-carlosgomes.med.br

- Multicentro Vale das Pedrinhas - https://mcs-valedaspedrinhas.med.br
- Ambulatório Municipal de Especialidades - https://ame-araguaina.med.br

5.2.1.2. *Unidade própria*

- Day Clinic - https://hospitaldayclinic.com.br

O site adota a comunicação inclusiva e acessível, sendo o espaço oficial com todas as informações e definições de conteúdos por *stakeholder*. Todos os canais possuem espaço destinado à promoção de saúde.

As publicações oficiais, seja de políticas, prestação de contas financeira e contábil, são feitas em uma aba específica do site, que é o Portal da Transparência. Já os processos seletivos para contratações de profissionais estão disponíveis no Portal de Vagas. Ambos os portais estão disponíveis nos sites do ISAC e das unidades.

Os sites seguem padrão visual, uniformidade de linguagem e estrutura de acessibilidade. A atualização deste canal é de responsabilidade do setor de Comunicação, com exceção do Portal de Transparência, que é atualizado pela área de *Compliance* da organização social gestora, e o Trabalhe Conosco/Portal de Vagas, que é de responsabilidade do setor de Gestão de Pessoas.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoa Jurídica

5.2.2. ***Boletim Informativo***

Mensalmente, o setor de Comunicação irá produzir o boletim informativo do ISAC e unidades gerenciadas, aliando textos e imagens, que serão distribuídos por e-mail e pelo ISAC Plus e disponibilizados no site na área Publicações.

Serão noticiados neste canal os projetos e ações de destaque, como por exemplo, eventos, treinamentos, participação de profissionais das unidades em congressos, conquista de certificações, dentre outros. Haverá ainda a mensagem da alta direção e o espaço para o colaborador falar, com as editorias Mensagem do Diretor e Mensagem do Colaborador. Em todas as edições, os valores do ISAC deverão estar presentes, sempre pautando pelo combate à corrupção, ética, transparência, legalidade e verdade.

A distribuição será a todos os cadastrados no *mailing* da unidade, a exemplo de colaboradores, fornecedores, imprensa e gestores públicos.

5.2.3. TV Indoor

Televisão com programação interna disponibilizada na unidade em áreas que atendem colaboradores e usuários. Ela é utilizada para disseminar informações de interesse dos públicos, promover a saúde e orientar sobre os cuidados necessários e, ainda, os protocolos existentes.

Mensalmente, o setor de Comunicação irá publicar uma edição do Jornal Click ISAC, um periódico a ser veiculado na TV *Indoor* da unidade. Nele, serão publicadas notícias de interesse dos usuários, visitantes, acompanhantes e colaboradores. Em todas as edições os valores do ISAC deverão estar presentes, sempre pautando pelo combate à corrupção, ética, transparência, legalidade e verdade.

1º Ofício de Brasília - DF
de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.2.4. ISAC Plus

O ISAC Plus é a ferramenta de comunicação oficial com os colaboradores e prestadores de serviços terceirizados. Ele é um facilitador do acesso às informações da instituição e unidades gerenciadas, que contribui para o fortalecimento das culturas de integridade, ética, cuidado, segurança, clima e de organização institucional. Terá duas versões de uso: *mobile* e web.

Cabe ao ISAC Plus o papel de centralizar as informações e conteúdo de comunicação direta com os públicos dependentes, já que sua interface é para comunicação institucional, administrativa e com o colaborador.

Ele permite ciência aos documentos e facilita o compartilhamento de informações, com mensagens direcionadas, bem como, com a formalização dos processos.

A criação do usuário é de responsabilidade do setor de Recursos Humanos, que irá orientar sobre o acesso. O setor de Comunicação é responsável pelo conteúdo e divulgação.

Terão acesso ao ISAC Plus apenas aqueles que possuem relação direta com as unidades gerenciadas e/ou com o ISAC – Instituto Saúde e Cidadania, independente do

001426

regime de contratação. As normas e fiscalização são de responsabilidade do setor de Gestão de Pessoas.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

001427

5.2.5. Estacionários de Comunicação Organizacional

Os estacionários utilizados para comunicação organizacional atendem à seguinte padronização: Mural ISAC Comunica, Mural de Elogios, Mural Atitude Segura, Painel Gestão à Vista e Quadro Gerador de Ideias.

5.2.5.1. Mural ISAC Comunica

Mural produzido em pvc no tamanho 1,20 x 0,90 m e localizado, preferencialmente, ao lado do registro de ponto do colaborador, com espaço para comunicados impressos no tamanho A4.

As informações a serem publicadas são de interesse do público de dependência, formado por colaboradores e prestadores de serviços PJ, contemplando assunto como relação de aniversariantes do mês, convite para eventos, comunicados da diretoria, vagas para processo seletivo interno, divulgação e cronograma de treinamentos. A nomenclatura pode ser adequada para a da unidade.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.2.5.2. Mural de Elogios

Mural convencional destinado aos recados e depoimentos de pacientes, acompanhantes, usuários e visitantes. A responsabilidade é do Serviço de Atendimento ao Usuário e segue a comunicação visual e de linguagem do ISAC definida no manual de marca e guia de narrativa.

5.2.5.3. Mural Atitude Segura

Mural produzido em pvc no tamanho 1,20 x 0,90 m e localizado na área interna, com espaço para comunicados impressos no tamanho A4. As informações a serem publicadas são de interesse do público de dependência, formado por colaboradores e prestadores de serviços PJ, contemplando assunto relacionados à área de segurança do trabalho. A responsabilidade de atualização é do Núcleo de Segurança do Trabalho.

001428

5.2.5.4. *Painel Gestão à Vista*

Painel no qual são fixadas informações referentes à gestão da qualidade, como indicadores, mapa com o resultado das auditorias de risco, práticas de controle, integridade e ética, entre outros. É de responsabilidade de atualização do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, com base no modelo produzido pelo setor de Comunicação.

1º Ofício do Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.2.5.5. *Quadro Gerador de Ideias*

Para construir um ambiente colaborativo e participativo, o ISAC disponibiliza o Quadro Gerador de Ideias que busca engajar o colaborador e prestador de serviço na gestão. Nele, o trabalhador da Sede Administrativa e das unidades gerenciadas pode participar com ideais de como melhorar os processos.

Com 1,20 por 0,90 cm, o quadro é em pvc e estruturado com layout padronizado pela área de Comunicação respeitando a seguinte estrutura: nome e cinco espaços, sendo: Ideias, Aprova? Executa? Conclui? Não aprovado X.

O trabalhador coloca no quadro a ideia que será analisada, mensalmente, pela gestão. Após o estudo de viabilidade, a administração que é responsável pelo painel, devolve no mesmo espaço a resposta. No conteúdo será exposto se foi aprovada, se será executada e o motivo da decisão.

Com o quadro é possível que todos tenham acesso à informação e seu fluxo de análise.

A responsabilidade é da área da administrativa que discute com a gestão.

5.2.6. Quadro de Respostas aos Incidentes e Eventos Adversos

A construção de um ambiente seguro é primordial nas unidades administradas pelo ISAC. Para isso, a instituição instituiu um canal participativo, no qual todos os profissionais podem relatar as situações ocorridas na prestação de assistência com respeito ao anonimato, sigilo e confidencialidade.

001429

Dessa forma, é disponibilizada na área da assistência uma caixa de notificação, que permanece fechada. O acesso ao recolhimento das notificações é determinado pelo Núcleo de Segurança do Paciente com direcionamentos para sigilo das informações. É disponibilizado um folder para preenchimento e ainda, um *QR-Code* para um formulário eletrônico. O colaborador escolhe se quer se identificar. A identidade, em todos os casos, é preservada.

As respostas às notificações são publicadas pela área de Qualidade no Quadro de Respostas aos Incidentes e Eventos Adversos que fica posicionado ao lado da caixa de notificação. Ele segue ao padrão visual definido pela área de Comunicação.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.3. ISAC Comunica

As comunicações oficiais devem ser, preferencialmente, eletrônicas. Seu encaminhamento pode ser por e-mail para setores e, quando destinadas a todos os colaboradores, deverão ser enviadas pelo ISAC Plus, evitando assim impressão. Apenas em casos essenciais deverão ser impressas. Ambos os comunicados (ISAC Comunica em forma eletrônica ou impressa) serão padronizados pelo setor de Comunicação.

A emissão do comunicado ISAC Comunica será feita de maneira formal, vinda da Diretoria do hospital ou de uma Comissão Interna.

Os comunicados ISAC Comunica impressos para distribuição em mural terão tamanho A4, e seu preenchimento é de responsabilidade do setor de Comunicação ou do secretário da Comissão. Deve ter sempre a assinatura de um diretor ou do presidente da comissão e sua divulgação pode ser feita por meio de mural ou entregando o documento em mãos pelo responsável.

Já o comunicado ISAC Comunica eletrônico será disparado do e-mail da Comunicação, da Diretoria-geral ou Gestão de Pessoas.

5.4. Comunicados Eletrônicos

São comunicados enviados pelo ISAC Plus a todos os colaboradores, contendo informações de cunho institucional, sobre campanhas, ações, reuniões, eventos, datas comemorativas e outros.

001430

Entre os comunicados fixos estão o TI Informa, Trilha Vital - Gestão da Qualidade e Segurança, Atitude Segura, Jeito ISAC, RH em Ação, Acontece na UPA, entre outros.

5.5. Comunicados Dirigidos

O ISAC Plus é o canal oficial de comunicação administrativa. Por isso, pode-se adotar o comunicado dirigido, que é a mensagem eletrônica, individual ou em grupo, dando ciência sobre um determinado ato administrativo. Pode ser também disciplinar, de orientação.

5.6. Comunicados Internos

A Comunicação Interna é uma ferramenta adotada pelo ISAC para facilitar a comunicação efetiva nas unidades que gerencia. Ela possibilita a formalização de uma informação por escrito e pode ser feita de um colaborador para um determinado setor ou para outra pessoa. Com a CI, a informação torna-se participativa e colaborativa. Ela também pode ser da direção para os colaboradores.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.7. Clipping

O clipping é um resumo diário das principais notícias veiculadas na imprensa sobre o ISAC, unidades gerenciadas ou que tenham destaque no cenário da saúde. Este clipping é enviado por e-mail exclusivamente para diretores, mantendo-os informados sobre as novidades da área da saúde e notícias que estejam ligadas direta ou indiretamente.

5.8. Redes Sociais

Para estar próxima dos seus *stakeholders*, promovendo saúde, gerando entendimento, orientando e dando dicas, o ISAC mantém um perfil próprio nas redes sociais e das unidades permanentes. As unidades temporárias utilizam as redes sociais da entidade. Em todos adota-se as seguintes editorias:

a) Jeito ISAC: conteúdo que demonstre os valores do ISAC, de forma a posicionar como humano, íntegro e transparente. Ações e temas que demonstrem quem é o ISAC e sua maneira de atuar;
b) Click ISAC: destaca eventos com os colaboradores;
c) RH em Ação: para o conteúdo de gestão de pessoas;
d) Atitude Segura: divulga as orientações e cuidados da segurança do trabalhador;
e) Trilha Vital: para todas as ações de governança assistencial e segurança do paciente;
f) ISAC Cuida: para as ações de promoção da saúde e treinamentos;
g) Sinta-se Bem: voltada para qualidade de vida do trabalhador;
h) ISAC Saúde: *pocket* textos com dicas de educação em saúde;
i) Aqui Tem: orientações sobre funcionamento, serviços e protocolos.

No caso da Day Clinic, há ainda o **Papo Day**, uma *live* quinzenal no Instagram, com a participação de profissionais de saúde que orientam e tiram dúvidas sobre temas específicos.

O perfil do ISAC e unidades gerenciadas é de responsabilidade da área de Comunicação.

Todas as redes têm como linha de comunicação a narrativa dialogal, humana, positiva, acessível e inclusiva. Respeita princípios de diversidade, acessibilidade e de comunicação do risco para a prevenção. A atitude comunicacional das unidades é transparente, verdadeira e com posicionamento proativo.

1º Ofício de Brasília
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.8.1 Personas

As redes sociais adotam personas diferentes para assim, gerar uma melhor identificação, seguindo a linha abaixo:

5.8.1.1 Unidades

a) Mulher com idade de 35 anos, moderna e segura, fala sobre a vivência dela na unidade;
b) Mulher com idade acima de 60 anos, dá dicas de saúde por já ter experiência e saber o que é verdade e o que não é;
c) Homem com idade de 40 anos, contemporâneo, inovador, tecnológico, moderno e acessível. É autoridade em saúde e na sua gestão;
d) Adolescente entre 12 e 17 anos, que deseja descobrir tudo sobre seu corpo e como manter-se saudável. Ele é o que mais faz perguntas ao público;
e) Criança de zero a 11 anos, que fala sobre como é ser criança, os cuidados que precisa, demonstra seus sentimentos e relações com o hospital, para que os responsáveis legais possam cuidar da sua saúde.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.8.1.2 ISAC

O ISAC tem uma persona institucional de um homem que tem entre 35 e 45 anos. Experiente, com autoridade em saúde, ele é moderno, inovador, transparente e defensor de causas como sustentabilidade, diversidade, inclusão, acessibilidade, humanização na saúde e na gestão.

Humano, o ISAC respeita e valoriza as relações. É sustentável, priorizando a boa gestão de recursos. Honesto, prima por processos bem definidos, integridade e respeito às normas legais.

Quando aborda conteúdo para promoção em saúde, responsabilidade social, sustentabilidade e orientação, ele adota as cinco personas citadas anteriormente.

5.8.2 Voz e tom

A voz é humana, amiga, próxima, que adota a comunicação dialogal, disposta a ouvir seus públicos e com interesse nele. Ela busca engajar o público, promovendo a troca e a interação.

Seu tom é de diálogo, com aspectos de neutralidade, fugindo do formalismo e da informalidade em excesso. Há um equilíbrio.

A voz e o tom escolhidos permitem brincadeiras respeitosas, que trabalhem a igualdade e incluam. Seu papel é de ser para todos.

Setor Comercial Sul, Quadra 09, Bloco C, Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília - DF

5.8.3. Rede social para relacionamento entre profissionais – WhatsApp

Uma das redes sociais mais comuns é o WhatsApp. Para garantir confidencialidade dos dados, respeito às normas legais e sigilo, seu uso nas unidades gerenciadas pelo ISAC respeita as seguintes normas:

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

a) Grupos de WhatsApp Gestão - aberto para mensagens das 7 às 22 horas em qualquer dia da semana.
   Grupo 1 – Nacional: diretores (formado por todos os diretores do ISAC).
   Grupo 2 – Nacional: diretores técnicos (diretores técnicos/médicos da unidade).
   Grupo 3 - Locais – Unidades – coordenadores, direção local, áreas corporativas.
b) Grupo de WhatsApp Coletivo: fechado para mensagens. Apenas o administrador envia mensagens em horário comercial, de segunda a sexta-feira.
   Grupo 4 – Nacional: divulgação de informações institucionais do ISAC e que sejam públicas.
   Grupo 5 – Unidades: divulgação de informações relacionadas à unidade e que sejam públicas.
c) Não são permitidos grupos assistenciais ou com equipes que atuem por escala.
d) Nenhuma ciência administrativa ou acionamento do colaborador pode ocorrer via WhatsApp.
e) Nenhuma foto de paciente pode ser enviada pelo WhatsApp. Serão compartilhadas apenas aquelas divulgadas nos canais oficiais do ISAC.
f) Fotos dos colaboradores só podem ser compartilhadas com a anuência do mesmo via autorização de uso de imagem.
g) É proibido o envio de qualquer documento que seja sigiloso e confidencial via WhatsApp.

Os grupos oficiais serão abertos pela equipe de Comunicação e disponibilizado um QR-*Code* para que o colaborador ou prestador de serviço faça o livre aceite, participando de forma voluntária, sem configurar obrigação. Afinal, a comunicação administrativa direta ocorre via ISAC Plus.

As normas dos grupos estarão disponíveis no material de divulgação e no convite para participação.

Grupos que não tenham sido criados pela área de Comunicação não possuem cunho oficial e são de responsabilidade, inclusive legais, do seu criador, e não poderão tratar de temas relacionados ao ISAC e suas unidades gerenciadas. Bem como, não poderão fazer uso da marca.

5.9 Comunicação Face a Face entre profissionais – ISAC Day

Para reduzir ruídos e ampliar a voz ativa dos colaboradores, independente do regime de contratação, o ISAC implantou em suas unidades uma roda de conversa diária, que segue um roteiro direcionado que prima pelos valores da instituição a exemplo da ética, transparência e integridade.

Todos os dias, no início do plantão, um grupo de trabalhadores de cada unidade gerenciada se reúne para disseminar as informações, usando a ferramenta de melhoria da comunicação diária. Um profissional vai fazendo as perguntas e os demais respondendo e compartilhando informações. Assim, todos ficam sabendo o que acontece em cada área e compartilham pessoalmente com os colegas de sua equipe.

A estratégia de comunicação participativa, colaborativa e face a face, contribui para reduzir ruídos, tirar dúvidas e facilita o acesso à informação, de forma a fomentar a eficácia da comunicação. Além disso, fomenta a participação ativa do time nas tomadas de decisões.

Na Sede Administrativa, o ISAC Day ocorre às 9 horas com a presença de todos os profissionais.

O nome da ferramenta de comunicação ISAC Day pode ser alterado conforme o perfil da unidade, a exemplo de UPA Day, Multi Day, IB Day, IB Night, Ped Day, entre outros.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.10 Gerenciamento de Crises de Imagem

Para proteger a reputação de suas unidades, dos colaboradores, do paciente e de seus familiares, da entidade gestora, do contratante e do Sistema Único de Saúde, o ISAC adota o sistema de Gerenciamento de Crise de Imagem, que tem como estrutura o Comitê de Imagem e Reputação, que é formado pelas áreas técnicas de apoio à gestão:

001435

assistência e qualidade, jurídica e operacional e a área de assessoria, que é a Comunicação.

Toda e qualquer ação de gerenciamento de crise de imagem passa pelo comitê, que toma as decisões de posicionamento e de ações. Afinal, toda e qualquer notícia negativa de uma unidade pode impactar em várias outras, independentemente de ter ou não fundamento.

O ISAC considera como crise toda e qualquer situação e/ou acontecimento que afete a imagem da unidade, dos seus colaboradores, pacientes, acompanhantes, contratante, sistema de saúde e do próprio ISAC.

Cabe à Comunicação do ISAC zelar pela reputação da entidade e suas unidades gerenciadas de forma que é sua responsabilidade fazer a gestão da crise, com um sistema de pré-crise, crise e pós-crise.

Para garantir a privacidade preservada, a saúde da imagem institucional e o cumprimento de várias resoluções e legislações, o ISAC definiu que:

1º Ofício de Brasília - DF
Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

a) É proibido filmar e fotografar pessoas no ambiente de trabalho sem autorização;
b) Estão vetados qualquer registro interno de fotos e vídeos por câmeras, celulares, gravação de voz e a divulgação de tal conteúdo em qualquer tipo de mídia como redes sociais, TV, rádio e jornal/revista.
c) É proibido fornecer informações sobre o que acontece na unidade, sobre colaboradores, pacientes e acompanhantes para imprensa e/ou qualquer outra pessoa.
d) Os boletins de informação de paciente serão regulamentados pelo Serviço Social com base na Lei Geral de Proteção de Dados, para garantir o direito à privacidade, sigilo e confidencialidade dos dados.
e) Nenhum colaborador ou prestador de serviço, independente do regime de contratação, está autorizado para falar com a imprensa sem prévia autorização da Gestão de Comunicação.
f) Não é permitido o registro por filmagem ou fotografia de pacientes que os exponha de forma considerada vexatória.
g) Todo e qualquer estudo de caso deve ser antes aprovado pelo Jurídico do ISAC, seguindo todos os documentos legais cabíveis.

h) Todo e qualquer registro de imagem, seja por vídeo, áudio ou foto, deve ser alinhado previamente com a área de Comunicação e com a Diretoria-geral.

As medidas acimas estão baseadas nas resoluções do Conselho Federal de Medicina, nos códigos de ética das diversas áreas da assistência, no artigo 5° da Constituição Federal e na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

5.11 Identidade Visual

5.11.1 O que é?

É a utilização correta da logomarca e seus derivados nos diversos veículos de comunicação próprios, a fim de apresentar, por meio da imagem, o que a entidade é:

a) Validação da aplicação correta da logomarca da unidade gerenciada e do ISAC, conforme manual de utilização da logomarca;
b) Criação de layout para informativo em A4, A3, banners e apresentação em Power Point.
c) Papelaria (criação e disponibilização de arquivos para impressão).
d) Campanhas institucionais, organizacionais e materiais diversos.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352

5.11.2 Logomarca

A padronização no uso da logomarca consiste em estipular normas que envolvam tamanho, cores e localização na página, bem como em quais meios a logomarca será utilizada. Para facilitar, foram criados modelos prontos, como ofício, envelope, apresentação em Power Point, entre outros, que deverão ser utilizados por todos na empresa.

Quando o material for relacionado à estrutura da unidade, haverá a logomarca da unidade, do ISAC, do contratante, SUS e governo federal. Ela deverá estar em todos os materiais visuais que envolvam o nome da instituição, tais como, folhetos, blocos, envelopes, cartas, banners, notas, placas, uniformes, entre outras.

Quando se tratar de atendimento ao usuário, os materiais também seguirão as orientações citadas acima. E caso o contratante seja uma prefeitura e haja a parceria

Setor Comercial Sul, Quadra 09, Bloco C, Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília - DF

QMENTUM IQG
Great Place To Work Certificado

com o governo estadual, deverá esta segunda vir após a primeira, sempre seguindo a seguinte história: unidade pertencente ao munícipio, com apoio do governo federal, integrando o SUS e sendo gerenciada pela OS.

As logomarcas oficiais serão as seguintes especificações:

a) As logomarcas serão aplicadas juntas, na parte superior ou inferior da página. A ordem a ser utilizada será: unidade, contratante, governo federal, SUS e ISAC. Caso seja necessária aplicação da logo da Secretaria Estadual de Saúde, esta ficará entre a logo da unidade e da Prefeitura.
b) Em materiais de campanhas e divulgação de ações internas ou externas, como folders, banners e cartazes, as logomarcas poderão estar na parte inferior da página, conforme necessidade.

Materiais institucionais destinado a colaboradores ou oriundos de projetos corporativos farão uso da marca do ISAC e das de apoio técnico à gestão constante do organograma.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.11.2.1 Logomarca ISAC

a) A logomarca do ISAC deve ser aplicada sempre com medidas iguais de altura e largura e sem bordas.
b) Deverá ser aplicada sempre do lado direito da página, ocupando o espaço mais próximo aos cantos superior e lateral da página, respeitando as especificações do próximo item.
c) Deve-se respeitar a distância de, no mínimo, ¼ da medida da logo, entre o canto da página e o início da logomarca (área de respiro). As distâncias lateral e superior (ou inferior) deverão ser a mesma.
d) As versões em preto e branco e marca d'água já estão disponíveis para uso.

5.11.2.2 Unidades

a) A logomarca da unidade deve ser aplicada sempre com a altura correspondendo

a ¼ da medida da largura e sem bordas;

b) Deverá ser aplicada sempre do lado esquerdo da página, ocupando o espaço mais próximo aos cantos superior e lateral da página, respeitando as especificações do próximo item;

c) Deve-se respeitar a distância de, no mínimo, ¼ da medida da altura da logo, entre o canto da página e o início da logomarca (área de respiro). As distâncias lateral e superior (ou inferior) deverão ser a mesma.
d) As versões em preto e branco e marca d'água também estão disponíveis para uso.

5.11.2.3 Contratante

a) A aplicação da logomarca segue a política de comunicação do órgão de Comunicação do contratante;
b) Em peças com várias logomarcas, como um cartaz ou folder, a marca da contratante seguirá o guia de padronização do ISAC.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.12 Comunicação Estratégica

5.12.1 Procedimentos para solicitar serviços para a Comunicação

O setor de Comunicação só atenderá as demandas por meio de solicitação, por e-mail, com o preenchimento dos formulários específicos para cada ação ou pelos formulários disponibilizados no endereço eletrônico: https://isac.org.br/colaborador/
Serão atendidas as seguintes solicitações:

a) Divulgação interna e externa (área jornalismo): formulário Captação de Informações;
b) Campanha de divulgação interna e externa com mídia publicitária: formulário Briefing Publicitário;

c) Organização de Eventos – Apoio: formulário Organização e Produção de Eventos.
d) Criação e produção de manuais, folders, cartilhas, banner, proteção de tela (peças publicitárias): formulário Briefing Publicitário;
e) Comunicado eletrônico: formulário Captação de Informações;

f) Campanha publicitária: formulário Briefing Publicitário;
g) Revisão de textos: envio do texto por e-mail;
h) Visitas institucionais: toda visita externa, seja técnica, de *benchmarking* ou institucional, deverá ser informada ao setor de Comunicação para a devida organização.

5.13 Prazos

Cada serviço solicitado terá um prazo para conclusão, definido abaixo:

a) Divulgação interna e externa (área jornalismo): 7 dias;
b) Campanha de divulgação interna e externa com mídia publicitária: 15 dias.
c) Organização de Eventos – Apoio: 30 dias;
d) Criação e produção de manuais, folders, cartilhas, banner, proteção de tela (peças publicitárias): 30 dias;
e) Comunicado eletrônico: 5 dias;
f) Campanha publicitária: 45 dias;
g) Revisão de textos: 3 dias;
h) Visitas institucionais: 15 dias (quando for possível).

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.14 Aprovação/Produção

Após criação, o material só será encaminhado para produção com as devidas aprovações: layout e informações. O solicitante irá carimbar e assinar uma prova de impressão que ficará arquivada no setor de Comunicação. Em caso de erros de informação, o solicitante se responsabilizará pelo pedido junto à Diretoria.

5.15 Descrição dos tipos de serviço

001440

5.15.1 Divulgação interna e externa (área jornalismo)

Na área do jornalismo, serão produzidas notícias, matérias e reportagens para os canais internos e externos.

As informações deverão ser enviadas ao setor de Comunicação no prazo de sete dias antes da realização da ação, por meio do formulário Captação de Informações.

5.15.2 Campanha de divulgação interna e externa com mídia publicitária

O setor de Comunicação necessita de 15 dias para a realização de campanhas de divulgação interna e externa, uma vez que esta ação requer a criação de cartazes, banner, bem como outras peças publicitárias. A criação está vinculada às informações constantes do Briefing Publicitário, que são de responsabilidade do setor solicitante.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.15.3 Organização de Eventos – Apoio

A Comunicação é o setor de apoio na realização de eventos na unidade. São considerados eventos internos aqueles destinados ao público interno do hospital. Já os eventos externos destinam-se à sociedade em geral.

O responsável pelo evento é o setor solicitante. A comunicação é a área de apoio que irá assessorar com o suporte necessário para a realização e o cuidado que cada ação requer para que não haja uma interpretação negativa.

O planejamento de um evento requer, no mínimo, 30 dias. A solicitação de apoio deverá ser feita por meio do formulário de Organização e Produção de Eventos.

5.15.4 Criação e produção de manuais, folders, cartilhas, banner, proteção de tela (peças publicitárias)

Cabe à Comunicação a responsabilidade pela criação e produção de peças educativas e publicitárias do hospital. O texto de origem é fornecido no Word acompanhado do formulário Briefing Publicitário. A Comunicação irá preparar uma

proposta com base nas informações e enviar para análise do setor, que fará a revisão. Após aprovação, o material será encaminhado para validação da Diretoria-Geral.

5.15.5 Comunicado eletrônico

O setor solicitante deverá enviar à Comunicação o teor do comunicado que deseja expedir, bem como definir o público a ser envolvido. A solicitação deverá feita por meio do formulário Captação de Informações.

5.15.6 Campanha publicitária

A campanha publicitária busca motivar o público em relação a uma ação, causa, bem como conscientizar, orientar e educar. Para que ela aconteça, inicialmente o setor solicitante prepara a solicitação utilizando o formulário Briefing Publicitário. Em seguida, a área de Comunicação fará uma reunião para definição de estratégias e, após isso, iniciará a criação da ação. Por isso o prazo é de 45 dias para sua realização.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.15.7 Revisão de textos

Os setores podem solicitar o apoio da Comunicação para revisão de textos. Neste caso, o prazo para ação é de três dias para uma lauda. O texto a ser revisado deve ser entregue, por e-mail, no Word.

5.15.8 Visitas institucionais

As visitas nas unidades acontecerão conforme demanda e serão organizadas pela área de Comunicação, de acordo com a necessidade de cada visitante. De modo geral, os visitantes serão recepcionados na entrada principal da unidade por um colaborador designado pela Diretoria-Geral e encaminhados à sala deste setor para uma apresentação institucional da unidade e do ISAC.

A apresentação terá duração de aproximadamente 40 minutos e será realizada pela diretoria. Serão abordados os seguintes assuntos:

a) Informações sobre o contrato entre contratante e ISAC;
b) Fluxo de atendimento na unidade;
c) Informações sobre números de atendimentos;

d) Informações gerais sobre a visita: uso de EPIs, lavagem das mãos, áreas de acesso restrito, isolamentos etc.

As visitas serão guiadas sempre por um embaixador da marca, preparado pelo setor de Comunicação ou NEPES e, dependendo do grupo, de um dos diretores. Em cada setor, um colaborador da área será designado para passar as informações.

5.16 Comunicação Externa – Assessoria de Imprensa

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.16.1 O que é?

É a divulgação, bem como esclarecimentos, do que acontece no ISAC e unidades para a imprensa. Cabe à Comunicação estreitar o relacionamento com a imprensa e facilitar o acesso às informações sobre os assuntos que possam ter interesse popular, bem como disponibilizar notícias e fatos que sejam de interesse da unidade.

5.16.2 Como é feito?

Por meio de envio de sugestões de notas e releases para a imprensa, ou seja, textos explicativos sobre os acontecimentos. Os releases seguirão um modelo padrão já definido pela Sede, no qual todas as matérias divulgadas contemplem informações gerais sobre a unidade, além das informações da pauta em questão.

Obs.: nenhum profissional está autorizado a dar entrevistas ou liberar a entrada de jornalistas sem a permissão da Comunicação. Caso haja a necessidade de um profissional dar entrevista, este será escolhido e acompanhado pela Diretoria-geral com a orientação da área de Comunicação.

6.16.3 Porta-vozes

Os porta-vozes da organização são pessoas autorizadas a falar publicamente em nome dela, que a representam em todos os locais, concedem entrevistas e posicionam a instituição.

No ISAC, são porta-vozes os ocupantes de cargos da alta direção e os responsáveis pelas empresas de apoio técnico à gestão. Os diretores-gerais das unidades administradas também são porta-vozes. Em todos os casos, toda e qualquer entrevista ou fala pública é obrigatoriamente pré-alinhada com a área de Comunicação.

5.17 Acompanhamento e Controle

Toda a produção da assessoria de imprensa é controlada por meio do clipping, que é realizado pela área de Comunicação contratada pela Sede. Periodicamente, estes dados são compilados em planilha específica, avaliando-se o percentual de citações negativas e positivas para alimentação do indicador do setor (Percentual de citações negativas e positivas na imprensa).

Além disso, é preenchida uma planilha de atendimento à imprensa, para controle das informações repassadas e do conteúdo publicado. Isso como forma de gerenciar o risco de imagem institucional negativa, por meio da publicação de informação equivocadas.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352

5.18 Boletins de Estado de Saúde para a imprensa

Em consonância com o direito à privacidade, o sigilo de informações e o respeito às normas estabelecidas pela Lei Geral de Proteção de Dados, os boletins de estado de saúde serão divulgados apenas com a autorização do paciente, que deverá assinar um formulário específico. Nos casos de incapacidade legal, o documento é assinado pelo seu responsável legal. A área de Comunicação irá alinhar com a Diretoria Técnica e com a Diretoria-geral cada caso.

5.19 Sinalização Interna e Externa

Além da utilização correta e padronizada da logomarca, a composição da identidade visual também consiste em uma padronização da sinalização interna e externa, que são as placas indicativas dos setores, painéis indicativos aos pacientes, cores das paredes internas e externas, quadros e decoração.

Placas de sinalização interna:

a) Placas de porta pequena (30 x 10 cm): placas indicativas dos setores;
b) Placas de porta grande (50 x 20 cm): porta das áreas administrativas;

c) Faixas de porta (1,60 x 0,10 m);
d) Placas de pictogramas (10 x 10 cm);
e) Placas indicativas suspensas (0,50 x 0,20 m);
f) Plaquetas de leito (0,10 x 0,10 m);
g) Placas tipo prisma (0,30 x 0,10 m): recepção;
h) Mapas de localização (0,80 x 0,60 m);
i) Placa indicativa de parede (0,80 x 0,60 m);
j) Placas de rota de fuga (0,90 x 0,25 m);
k) Plaquetas avisos diversos (0,40 x 0,30 m): lavagem das mãos.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

Sinalização externa:

A sinalização externa consiste na identificação das entradas e fachada da unidade, além das mídias de apoio que facilitem a localização do mesmo, como *Front Light* ou *Outdoor,* e placas indicativas de ruas. Exemplos:

a) Totens nas entradas das unidades medindo 3,30 x 0,60 m;
b) Letreiro com a logo da unidade medindo 7,00 x 1,80 m, localizado na lateral do prédio.

5.20 Papelaria

Papelaria é todo modelo de material impresso padrão da instituição, tais como: papel timbrado, envelope com logomarca, cartão de visita, pastas, formulários, entre outros.

5.20.1 Papel timbrado unidades

Folha em formato A4, com a logomarca da unidade na parte superior esquerda a 3 cm da margem superior (logo medindo 4 cm x 1 cm) e rodapé com dados da unidade, como: endereço, telefone, site e e-mail (quando tiver).

Obs.: o papel timbrado deverá ser utilizado exclusivamente pela diretoria e coordenações para envio de ofícios e documentos externos.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.20.2 Apresentação

Toda apresentação da unidade deve ser feita em Power Point seguindo os modelos padronizados pela Comunicação e distribuídos pela área da Qualidade.

O exemplo do modelo não será especificado nesta Política, pois poderá mudar de acordo com a definição de ações ou campanhas da entidade. Por exemplo, o modelo poderá ser alterado em um determinado momento para reforçar alguma ação ou conquista da entidade.

5.20.3 Cartão de visita

Impresso tamanho 9 cm x 5 cm, com logomarca da unidade no canto superior esquerdo, medindo 4 cm x 1 cm, distante 0,5 cm dos cantos; e logomarca do ISAC, no canto superior direito, medindo 1,5 cm x 1,4 cm e distante 0,5 cm dos cantos. No centro, aparecerá o nome do colaborador e na linha abaixo seu respectivo cargo em fonte itálica.

5.20.4 Assinatura de e-mail

Todos os e-mails corporativos devem ser utilizados com a assinatura de e-mail padrão da instituição, fornecida pelo setor de Comunicação. A assinatura pode ser alterada conforme a necessidade de reforço de alguma ação do ISAC ou unidade gerenciada.

5.21 Relacionamento com o usuário das unidades

O relacionamento com o usuário é feito exclusivamente pelo SAU - Serviço de Atendimento ao Usuário.

Cabe ao SAU relacionar-se e interagir com o usuário (paciente, acompanhante e familiar), em todos os meios, sejam eles on ou off-line. No caso das unidades gerenciadas, o SAU atende pelas redes sociais e presencialmente na unidade. Ele é responsável por receber as reclamações, denúncias, sugestões ou elogios.

O SAU também oferece atendimento pelo WhatsApp. Em todos os meios são respeitadas a LGPD e as normas vigentes.

Para garantir a total imparcialidade do SAU, nas unidades gerenciadas pelo ISAC, o serviço é autônomo e terceiro, agindo como uma área de avaliação externa.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

5.22 Fluxo de Informações

a) As informações oficiais serão sempre divulgadas nas unidades pela Diretoria-geral da unidade, por meio de comunicados da área de Comunicação.
b) Corporativamente, as informações oficiais serão divulgadas pela presidência ou pela área de Comunicação.

5.23 Informações gerais/normas

a) É proibido repassar toda e qualquer informação à imprensa sem autorização do setor de Comunicação ou da Diretoria, seguindo as normatizações do Guia de Relacionamento com a Imprensa do ISAC;
b) É vedado todo registro de fotos e vídeos por câmeras, celulares, gravações de

voz e a divulgação de tal conteúdo em qualquer tipo de mídia, como TV, rádio e jornal e redes sociais sem a autorização prévia da área de Comunicação;

c) Os setores deverão utilizar todos os modelos pré-estabelecidos nesta política, bem como os demais divulgados pelo setor de Comunicação em situações específicas: como assinatura de e-mail, proteção de tela, papel de parede e outros;

d) O setor de Comunicação realizará auditorias periódicas a fim de garantir o cumprimento desta política. As não conformidades encontradas serão registradas por meio de ocorrência;

e) O SAU é a área responsável por verificar e avaliar a satisfação do usuário em relação ao serviço prestado;

f) Todos os profissionais e prestadores de serviço Pessoa Jurídica devem seguir esta Política de Comunicação e zelar pela imagem das unidades, dos colaboradores, pacientes e seus familiares, entidade gestora, contratante e do Sistema Único de Saúde.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352
Registro de Pessoas Jurídicas

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Itens revisados	Identificação do revisor

7. APROVAÇÃO

Elaborador	Qualidade	Aprovação
Ana Maria Dias Negreiros Silva Gestora de Comunicação Integrada	Vinicius B. Cavalcante de Menezes Gestor de Assistência e Qualidade	Evane Corbacho Presidente do ISAC Conselho de Administração

001448

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Código de Ética das áreas médicas e multiprofissionais

Constituição Federal

Lei Geral de Proteção de Dados

Lei de Uso de Imagem

Resolução CFM 1974/11

Resolução COFEN 554/2017

9. ANEXOS

Autorização de Uso de Imagem

Autorização de Divulgação de Dados

Formulário de Solicitação de Arte

Formulário de Solicitação de Divulgação de Eventos

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
162352

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Autorização de uso de imagem

Eu,_____,
residente e domiciliado (a) na Rua/Av.: _____ Cidade _____
Estado _____ CEP:_____ portador (a) _____ e CPF nº _____, nascido em ____/____/_____ **AUTORIZO** neste ato a título **GRATUITO** o **ISAC - Instituto Saúde e Cidadania** a inserir minha imagem e voz em materiais institucionais (folder, boletins, newsletter, redes sociais, filmagens, calendários, anúncios institucionais, sites, jornais, revistas, campanhas e materiais comunicacionais) que poderá veiculado em todo território **NACIONAL/INTERNACIONAL**.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes e peças digitais; (III) divulgação em geral (incluindo redes sociais).

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

_____, de _____ de _____

Assinatura

_____

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Autorização de uso de imagem

Eu,_____,
residente e domiciliado (a) na Rua/Av.: _____ Cidade _____
Estado _____ CEP:_____ portador (a) _____ e CPF nº _____, nascido em ____/____/_____ **AUTORIZO** neste ato a título **GRATUITO** o **ISAC - Instituto Saúde e Cidadania** a inserir minha imagem e voz (ou do menor _____ sob minha responsabilidade) em materiais institucionais (folder, boletins, newsletter, redes sociais, filmagens, calendários, anúncios institucionais, sites, jornais, revistas, campanhas e materiais comunicacionais) que poderá veiculado em todo território **NACIONAL/INTERNACIONAL**.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes e peças digitais; (III) divulgação em geral (incluindo redes sociais).

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

_____, de _____ de _____

Assinatura

Dados do responsável legal:

Nome_____

CPF _____

RG _____

001451

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Termo de divulgação de informações

Eu,_____,
residente e domiciliado (a) na Rua/Av.: _____ Cidade _____
Estado _____CEP:_____ portador (a) _____ e CPF nº _____,
nascido em ___/___/___ AUTORIZO, neste ato a título GRATUITO e ESPONTÂNEO, o ISAC - Instituto Saúde e Cidadania a divulgar informações sobre meu estado de saúde e minha história (ou do menor _____ sob minha responsabilidade) para os veículos de comunicação que solicitarem oficialmente, bem como a utilizar em sua comunicação oficial, podendo veicular em todo território NACIONAL/INTERNACIONAL.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso de informações sobre a minha história, meu caso, conforme mencionado acima em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes e peças digitais; (III) divulgação em geral (incluindo redes sociais).

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

_____, de _____ de _____

Assinatura

Responsável legal (em caso de menor e incapacidade legal)

Dados do responsável legal:

Nome_____

CPF _____

RG _____

001452

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Solicitação de Divulgação - Captação de Informações

Seja bem-vindo (a) ao nosso formulário de captação de informações para divulgação. Estamos felizes em contar com a sua parceria no processo de disseminação de conteúdos em nossa instituição. Ao seu lado fortalecemos nossos valores. Agora, nos conte....

1. Qual seu nome?

   _____

2. Qual a sua função?

   _____

3. Qual é seu e-mail?

   _____

4. Qual é a sua unidade?

   _____

5. Conte-nos: o que você deseja divulgar?

   _____

   _____

   _____

6. Qual seu objetivo com esta divulgação?

   _____

   _____

   _____

7. Qual público você deseja alcançar?

   _____

8. Por qual motivo ela é importante e qual resultado esperado?

_____

_____

_____

9. No caso de ser um evento, informe a data.

_____

10. Qual o local que a ação aconteceu ou vai acontecer?

_____

11. Faça um resumo do que deseja divulgar.

_____

_____

_____

12. Qual setor e colaborador são responsáveis pela ação?

_____

_____

_____

13. Você tem a sugestão de alguma outra pessoa que possa falar sobre a ação. Caso sim, nos envie o nome e o telefone para contato.

_____

_____

_____

14. Se você tem fotos, vídeos, documentos, nos envie.

001454

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Solicitação de Serviço de Comunicação – Briefing

1. Informe o seu nome completo:

   _____

2. Qual a sua função?

   _____

3. Informe seu e-mail:

   _____

4. Para qual unidade você deseja atendimento?

   _____

5. Qual setor solicitante?

   _____

6. Conte-nos, o que você deseja alcançar com este serviço?

   _____

   _____

   _____

7. Qual público você espera alcançar com esta ação?

   _____

8. Conte a sua ideia. Detalhe!!!!

   _____

   _____

   _____

9. Quais os pontos que você deseja comunicar?

   _____

   _____

   _____

001455

Setor Comercial Sul, Quadra 09, Bloco C, Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília - DF

QMENTUM IQG
ONA
Great Place To Work Certificado

10. Qual o resultado que você deseja alcançar?

_____

_____

_____

11. Existem informações obrigatórias?

_____

_____

_____

12. Você tem dúvidas sobre o serviço? Se sim, pode nos contar quais são?

_____

_____

_____

13. Se o serviço que você deseja for relacionado a um evento, nos conte em detalhes!!!

_____

_____

_____

14. Data do evento: _____

15. Hora: _____

16. Local: _____

17. Quando você teve a ideia, pensou em algum panfleto, cartão, vídeo. Caso sim, nos conte qual e se tiver sugestão de tamanho, aceitamos!

_____

_____

18. Além das marcas padronizadas do ISAC, há alguma outra?

_____

19. Você pode sugerir cor e imagens. Fique à vontade...

_____

20. Para quando você precisa do serviço?

_____

21. Se você tiver algum anexo como imagens e documentos, pode nos enviar...

Agradecemos o envio da sua solicitação. Em breve iremos entrar em contato.

1. OBJETIVO

A finalidade deste documento é estabelecer as diretrizes para garantir a segurança das informações do Instituto de Saúde e Cidadania- ISAC, dos seus parceiros, prestadores de serviço, fornecedores, colaboradores, pacientes e usuários. Para os critérios adotados em segurança da informação não se faz qualquer distinção entre informações físicas, papel ou lógicas, sistemas e dados.

2. APLICABILIDADE

Esta política se aplica a todos os colaboradores do Instituto de Saúde e Cidadania- ISAC, funcionários, administradores, prestadores de serviço, fornecedores, parceiros, associados, agentes públicos cedidos entre outros. É do dever de todos zelar pelo cumprimento e aplicação destes dispositivos.

3. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Vivemos na era da informação e hoje mais do que nunca se sabe que informação é um ativo muito valioso. Neste sentido o Instituto de Saúde e Cidadania - ISAC entende ser de suma importância definir uma estratégia para proteger as informações geradas a partir da sua operação.

O processo de segurança da informação será pautado sempre no esforço da prevenção de incidentes, com monitoramento contínuo da sua operação e quando da detecção de eventuais falhas nos controles, os processos serão revistos a fim de evitar recorrências.

3.1. Princípios

O Instituto deverá garantir o cumprimento dos três princípios de segurança da informação:

- Confidencialidade: garantir que somente pessoas autorizadas tenham acesso às informações.
- Disponibilidade: garantir que as informações estejam sempre disponíveis às pessoas devidamente autorizadas.
- Integridade: garantir a inviolabilidade das informações e garantir que sejam sempre exatas, atualizadas e completas.

3.2. Ciclo de vida das informações

O Instituto deverá garantir a segurança das suas informações durante todo o ciclo de vida destas, da geração ao descarte, que pode variar a depender do tipo e relevância de cada uma dessas informações e da legislação correspondente. Será considerado tratamento de dados tudo aquilo que a legislação determina, tais como: coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração. A título de exemplo, os tratamentos mais comuns dentro do Instituto são:

- Recepção: cadastro dos pacientes.
- Acesso: quando da análise clínica dos pacientes os médicos acessam os dados dos pacientes.
- Arquivamento/armazenamento: guarda do prontuário médico, que pode ser físico (papel) ou lógico (dados).
- Transferência: quando se transfere os dados dos pacientes para um serviço em nuvem.
- Eliminação: quando e como a informação é descartada.

3.3. Gestão de ativos

001458

A gestão de ativos possui uma particularidade no que se refere aos contratos de gestão de unidades de saúde pública, tendo em vista que em alguns casos passa a gerenciar ativos que não são de propriedade do Instituto. Nestes casos, é de responsabilidade do Instituto zelar pela segurança e pelo estado de conservação destes bens, direitos e deveres. O que se pode resumir em informação de tudo que possui valor para o Instituto.

Além dos contratos de gestão, outro importante ativo são as informações e dados médicos, hospitalares e dos pacientes, como prontuários e receituários.

No caso de equipamentos tecnológicos, principalmente aqueles destinados ao armazenamento de dados, servidores e à segurança das informações da organização (firewall) deve haver controles contra acessos indevidos, que pode ocorrer na forma de acesso controlado ao ambiente físico, como configurações de softwares que impeçam o acesso de pessoas indevidas.

3.4. Classificação da informação

As informações produzidas pelo Instituto devem seguir o padrão de classificação previsto na Política de Classificação das Informações.

3.5. Gestão de acessos

Deverá existir um processo de autorização, concessão, revisão e exclusão de acessos dos colaboradores do ISAC.

Os níveis de acesso deverão ser definidos de acordo com as funções existentes dentro do quadro de colaboradores, de maneira a conceder somente as funcionalidades e necessidades inerentes a cada função.

Todos os sistemas informatizados do Instituto deverão possuir mecanismos de identificação, autenticação e rastreabilidade dos usuários a fim de monitorar as inclusões, alterações, edições, ocultação ou exclusões de informações dentro destes (gravação de *logs* ou trilhas de auditoria).

001459

Os processos deverão respeitar o princípio da segregação de funções, unicidade e simultaneidade, de maneira a não permitir que um único usuário execute processos conflitantes.

Todos os usuários deverão ser identificáveis e exclusivos, isto é, é vedada a criação de usuários genéricos que não possam ser identificados.

É expressamente proibido o compartilhamento de senhas pessoas dentro do ambiente de trabalho do Instituto. Todas as senhas aos sistemas internos são pessoais e intransferíveis.

3.6. Gestão de riscos

Deverá haver um processo de mapeamento dos riscos de segurança da informação que consiga averiguar as fragilidades dos controles existentes e possa endereçar os problemas aos responsáveis para que possam atuar de maneira antecipada à concretização dos riscos.

3.7. Tratamento de incidentes

A área de Tecnologia da Informação deverá monitorar o ambiente tecnológico do Instituto a fim de prevenir, proteger, detectar e evitar incidentes e deverá comunicar no menor tempo possível a área de Segurança da Informação quando da ocorrência de qualquer incidente.

A área de Segurança da Informação, por sua vez, deverá coordenar as ações para sanar os impactos dos incidentes e será responsável por registrar todos os incidentes e quando da sua existência reportá-los imediatamente ao Encarregado de Dados. Aqueles incidentes mais críticos deverão ser mencionados em relatório e apresentados no mínimo anualmente para o Conselho de Administração.

Todos os colaboradores são responsáveis por comunicar à área de segurança da informação tão logo identificar qualquer incidente.

3.8. Desenvolvimento de sistemas

O processo de desenvolvimento de sistemas deverá respeitar as diretrizes desta política, de maneira que os sistemas de aplicação desenvolvidos pelo ISAC deverão conter controles de segurança da informação, controle de acesso, trilhas de auditoria, segurança dos bancos de dados, entre outros. O ambiente de desenvolvimento deverá ser segregado do ambiente de produção. Este último deverá dar acesso aos usuários somente por meio da aplicação, nunca ao banco de dados.

3.9. Propriedade Intelectual

Tudo aquilo que for produzido no Instituto, planilhas, relatórios, vídeos, logomarcas, *slogans*, sistemas, treinamentos, apresentações, dentre outros, pelos seus colaboradores, prestadores de serviço e administradores durante o prazo de vigência do contrato de trabalho ou contrato de prestação de serviços, respectivamente, faz parte da propriedade intelectual do Instituto e é terminantemente vedado o seu uso para fins particulares, sem prévia autorização expressa.

É dever de todos os profissionais do Instituto, comunicar a área de Segurança da Informação quaisquer ocorrências que violem esta política.

3.10. Medidas Disciplinares

Desvios e descumprimentos a esta política estarão sujeitos às medidas disciplinares previstas pela Política de Consequências do Instituto Saúde e Cidadania e serão definidas pelo Comitê de Ética ou pelo Conselho de Administração a depender da gravidade dos atos e da competência para a decisão.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor

5. APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
José Carlos Deotti Gestor de Segurança da Informação	Ristori G. Pinto Thalita Mesquita Daiane Leite Gestão da Qualidade	Evane Corbacho Presidente

001462

CAPÍTULO I
OBJETIVO

Art. 1. O Comitê de Bioética é órgão colegiado, permanente e autônomo do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, regido pelo disposto neste Regimento, sendo seu papel promover a discussão, a normatização e o entendimento sobre o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e atenção à saúde. É seu objetivo dar suporte ao Instituto e suas unidades gerenciadas, atuando conforme listado abaixo:

- Em contextos clínicos: elaborar pareceres sobre problemas de natureza bioética que se apresentem;
- Sobre dilemas éticos decorrentes dos progressos científicos e tecnológicos: refletir, formular recomendações, acompanhá-las e certifica-las quando da sua implementação ou não, além de contribuir com ações educativas e de divulgação, visando promover a sensibilização e tomada de consciência por parte dos profissionais de saúde, bem como da comunidade;
- Dar ênfase e abordar as questões relacionadas à humanização do tratamento médico nas unidades gerenciadas pelo ISAC.

CAPÍTULO II
COMPOSIÇÃO

Art. 2º Sua composição dar-se-á pelos seguintes membros:

I- Superintendente técnico do ISAC (Presidente do Comitê de Bioética);

II- Vice-Presidente do Comitê de Bioética;

III- Diretor técnico e/ou responsável técnico de Unidade Gerenciada;

IV- Gestor corporativo do NEPES;

V- Representante corporativo da área de Qualidade;

001463

VI- Coordenador Assistencial de unidade gerenciada, e

VII- Representante jurídico do ISAC.

O prazo do mandato dos membros do Comitê será de dois anos, podendo ser reconduzidos por igual período. Sendo atividade voluntária, não haverá qualquer tipo de remuneração adicional para participação nesse colegiado.

A função de membro do Comitê ou suplente deverá ser exercida com lealdade, zelo e, sobretudo, com imparcialidade, visando evitar situações conflitantes que possam impactar nos interesses do ISAC.

O Comitê de Bioética poderá convidar pessoas ou entidades sempre que considerar necessário, para que possam contribuir com o desenvolvimento dos seus trabalhos.

A Presidência do Comitê de Bioética será ocupada pelo Superintendente Técnico do ISAC. O Vice-Presidente será eleito por votação dos membros do Comitê de Bioética, assim como demais cargos.

CAPÍTULO III
ATRIBUIÇÕES

Art. 3º Cabe ao Comitê de Bioética:

I- A análise, emissão de pareceres, promoção de ações educativas e de divulgação sobre questões bioéticas relacionadas à humanização do tratamento médico, destacando-se os referentes a/ao:

a) Início e fim da vida humana;
b) Procedimentos relativos às ações e aos serviços de saúde;
c) Direitos e deveres do paciente;
d) Direitos e deveres do profissional de saúde;
e) Pacientes terminais e tratamentos paliativos;
f) Transplantes de órgãos, tecidos e partes do corpo humano;

001464

g) Recursos profiláticos diagnósticos terapêuticos e de reabilitação;

h) Reprodução assistida;

i) Prontuário do paciente, e

j) Clonagem.

II- Zelar pelo cumprimento das normas nacionais e internacionais sobre bioética.

III- Formular recomendações, acompanhá-las e certifica-las quando da sua implementação ou não.

IV- Assessorar na elaboração, expedição e divulgação de normas técnicas e de instruções para disciplinar as relações entre os profissionais de saúde e pacientes.

V- Não emitir pareceres de natureza deontológica, sugerindo a competência do Comitê de Ética Médica do hospital para tais procedimentos.

Art. 4º São atribuições dos integrantes do Comitê:

I- Presidência: dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê de Bioética e especificamente:

a) Presidir as reuniões do Comitê;

b) Suscitar pronunciamento do Comitê de Bioética quanto às questões de bioética;

c) Promover a convocação de reuniões;

d) Tomar parte nas discussões e votações e, se houver empate, exercer direito de voto de desempate;

e) Indicar, dentre os membros do Comitê de Bioética, os relatores dos expedientes;

f) Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;

g) Elaborar cotas decorrentes de deliberações do Comitê "*ad referendum*" desta, nos casos de manifesta urgência.

II- Ao Vice-Presidente, compete assumir as funções do Presidente na ausência do mesmo.

III- Aos membros, incumbe:

a) Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

001465

b) Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

c) Requerer votação de matéria em regime de urgência;

d) Desempenhar as atividades o que lhes for atribuído pelo Presidente, e

e) Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Parágrafo único: É vedado o pronunciamento individual em nome do Comitê de Bioética sem a anuência escrita dos seus demais membros.

IV- À secretária do Comitê de Bioética, incumbe:

a) Prestar apoio administrativo e assistir às reuniões sem direito a voto;

b) Elaborar expedientes do Comitê de Bioética;

c) Encaminhar expedientes do Comitê de Bioética, após autorização do Presidente;

d) Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê, informando a Presidência quanto ao cumprimento de eventuais prazos e exigências;

e) Providenciar o cumprimento de diligências determinadas no seu âmbito de atuação;

f) Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas e de registro de deliberações, rubricando-as e mantendo-as sob guarda e vigilância;

g) Lavrar e assinar as atas de reuniões do Comitê como secretária;

h) Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação de sessões ordinárias e extraordinárias, e

i) Distribuir aos membros do Comitê de Bioética, após autorização do Presidente, a pauta das reuniões por meio do e-mail bioetica@isac.org.br.

001466

CAPÍTULO IV
DELIBERAÇÕES

Art. 5º As reuniões do Comitê serão realizadas ordinariamente de três em três meses e extraordinariamente sempre que necessário, por convocação via e-mail, do Presidente ou Vice-Presidente, esse último quando em caráter de substituição. Serão consideradas regulares as reuniões às quais comparecerem pelo menos cinco membros do Comitê ou seus respectivos suplentes, sendo obrigatória nesse quórum a participação do Presidente ou do Vice-Presidente do Comitê de Bioética.

Art. 6º A reunião do Comitê poderá ser realizada de forma presencial na Sede do ISAC ou em qualquer outro local previamente acordado, podendo, ainda, ser realizada por conferência telefônica ou videoconferência.

Art. 7º As deliberações serão tomadas por consenso ou pela maioria simples de votos do total de membros do Comitê ou seus respectivos suplentes, possuindo cada membro direito a um voto. Em caso de empate, caberá ao Presidente do Comitê de Bioética decidir a votação.

Art. 8º Todas as decisões deverão constar em atas formalizadas com o consentimento e assinatura dos participantes.

Art. 9º É facultado ao Presidente e aos membros do Comitê de Bioética solicitar o reexame de qualquer decisão emitida em reunião anterior, justificando possível inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 10º A votação será nominal.

Art. 11º O Comitê de Bioética estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 12º As decisões do Comitê de Bioética serão direcionadas aos diretores e coordenadores clínicos/médicos de cada unidade.

001467

Art. 13º Os assuntos serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela secretária, por indicação do Presidente do Comitê de Bioética ou por membros designados, ressalvando-se as hipóteses de urgência, quando deverá ocorrer o comunicado imediato.

Art. 14º A sequência das reuniões do Comitê de Bioética acontecerá conforme descrito abaixo:

I- Verificação da presença do Presidente;

II- Na ausência do Presidente, o Vice-Presidente presidirá a reunião;

III- Leitura e assinatura da Ata da reunião anterior;

IV- Leitura e despacho da pauta;

V- Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI- Organização da pauta da próxima reunião;

VII- Distribuição de pautas aos relatores, e

VIII- Comunicações e franqueamento da palavra.

Parágrafo único: Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o Comitê de Bioética, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste Regimento.

Art. 15º O relator emitirá parecer por escrito, impreterivelmente no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, a contar do recebimento do expediente, contendo o histórico e o resumo da matéria e as condições de ordem prática ou doutrinária que entender cabíveis à sua conclusão ou voto. Referido parecer deverá ser acostado à ata da reunião.

Art. 16º O relator ou qualquer membro poderá requerer ao Presidente, por escrito e a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, 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. 17º A Ordem do dia será organizada com os assuntos apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos respectivos relatores, e com aqueles cujo debate ou votação tiver sido adiado.

001468

Art. 18º A Ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, via e-mail, com antecedência mínima de três dias úteis para as reuniões ordinárias e de um dia útil para as extraordinárias.

Art. 19º Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo à discussão, passando a palavra aos membros que a desejarem.

Art. 20º 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.

Art. 21º O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária, exceto se a matéria for classificada como de urgência que deverá retornar à pauta em até 30 (trinta) dias corridos em reunião extraordinária.

Art. 22º Após entrar na pauta a matéria deverá ser, obrigatoriamente, votada no prazo máximo de duas reuniões.

Art. 23º Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 24º 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. 25º A cada reunião, os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões e deliberações, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo coordenador da reunião ordinária/extraordinária.

CAPÍTULO V
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 26º O Comitê de Bioética será acionado pelo e-mail bioetica@isac.org.br.

Art. 27º Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento serão dirimidos pelo Presidente do Comitê de Bioética e, em grau de recurso, pelo Conselho de Administração do ISAC.

001469

Parágrafo único: O presente Regimento poderá ser alterado mediante proposta do Comitê de Bioética pela maioria de votos de seus membros.

Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor

APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
Ana Negreiros Gestora de Comunicação e Experiência do Usuário Dr. José Maria Sinimbu Superintendente Técnico- ISAC	Thalita Mesquita Gerente de Qualidade – Núcleus	Evane Corbacho Presidente ISAC

001470

1. OBJETIVO

Orientar os colaboradores da instituição quanto à importância de aderir e priorizar a qualidade em seus processos e instruí-los quanto ao uso das ferramentas que lhes são disponibilizadas a fim de que possam oferecer um serviço que atenda às necessidades dos usuários, superando suas expectativas.

2. APLICABILIDADE

Aplica-se a todas unidades gerenciadas pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC.

3. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

3.1. Qualidade: definições, objetivos e importância

Para Donabedian, cuidado de boa qualidade é aquele que proporciona ao paciente o bem estar máximo e mais completo, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre ganhos (benefícios) e perdas (danos) que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão. Define ainda a boa qualidade como aquela que produz, dado um volume específico de recursos para os cuidados de saúde, os melhores resultados de saúde (entre benefícios e danos) para a população como um todo. A qualidade do cuidado em saúde é composta por diversos atributos, que incluem: a eficiência, a efetividade, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. É importante compreender que a qualidade não depende de um único fator, mas da presença de uma série de atributos ou dimensões.

3.2. Dimensões da qualidade

Um grupo de dimensões muito utilizado e que serviu de base para a construção de indicadores de qualidade em várias partes do mundo é composto por seis dimensões chaves, descritos no quadro abaixo:

001471

Tabela 1: Dimensões da qualidade

1. Segurança	Tudo aquilo que deve ser feito para evitar que os pacientes sofram danos desnecessários.
2. Efetividade	Assistência realizada com base nas melhores evidências científicas. Não cometer excessos. Fazer a coisa certa, para pessoa certa, na hora certa.
3. Atenção centrada no paciente	Respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
4. Oportunidade/acesso	Redução das esperas e atrasos, tanto para os que recebem como para os que prestam assistência à saúde.
5. Eficiência	Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
6. Equidade	Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Fonte: IBSP

3.3. Gestão de qualidade

A decisão de se implantar um Sistema de Gestão da Qualidade é estratégica, para isso, antes de iniciar esse processo, a Direção da unidade deve avaliar os fatores externos (usuários, setor, rede de saúde) e internos (estrutura, organização, padronização dos processos e qualidade do produto ou serviço) e quando optar pelo início desse projeto, automaticamente comprometer-se com o processo de melhoria contínua. Por esse motivo, é necessário que os líderes estejam comprometidos com a implantação e a manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade.

A gestão da qualidade pode ser definida como sendo qualquer atividade coordenada para dirigir e controlar uma organização no sentido de possibilitar a melhoria de produtos/serviços com vistas a garantir a completa satisfação das necessidades dos usuários, ou ainda, a superação de suas expectativas.

3.4. Gestão por processos

Os processos são constituídos pelo conjunto das atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos ou serviços (saídas). Para que as organizações funcionem de forma eficaz, elas têm que identificar e gerenciar processos inter-relacionados e

001472

interativos. Frequentemente, a saída de um processo resultará diretamente na entrada do processo seguinte.

Gestão por processos é uma metodologia para avaliação, análise e melhoria contínua do desempenho dos processos estratégicos da unidade, ou seja, os que mais impactam na satisfação das partes interessadas. A abordagem por processos permite melhor especificação do trabalho realizado, o desenvolvimento de sistemas, a gestão do conhecimento, o redesenho e a melhoria, por meio da análise do trabalho realizado de modo a identificar oportunidades de aperfeiçoamento. A gestão por processos tem como principais objetivos:

- Conhecer e mapear os processos organizacionais desenvolvidos pela instituição e disponibilizar as informações sobre eles, promovendo a sua uniformização;
- Identificar, desenvolver e difundir internamente metodologias e melhores práticas da gestão de processos;
- Promover o monitoramento e a avaliação de desempenho dos processos organizacionais, de forma contínua, mediante a construção de indicadores apropriados;
- Implantar melhorias nos processos, visando a alcançar maior eficiência, eficácia e efetividade no seu desempenho.

3.4.1. Mapeamento de processos

Mapeamento do processo é uma ferramenta gerencial que tem a finalidade de ajudar a melhorar os processos existentes ou de implantar uma nova estrutura voltada para os processos. O mapeamento também auxilia a enxergar claramente os pontos fortes, pontos fracos, além de ser uma excelente forma de melhorar o entendimento sobre os processos e aumentar a performance. Com todos os processos identificados, pode-se iniciar a elaboração da "Cadeia de Valor".

• Processos Finalísticos (Fluxo de Valor) – São aqueles que agregam valor diretamente aos usuários e estão alinhados à missão da instituição. Geram os produtos ou serviços finais da organização, isto é, aqueles que são entregues e atendem às necessidades e expectativas dos usuários.

• Processos de Apoio – São aqueles que dão suporte aos processos principais da instituição e a si mesmos, fornecendo produtos, serviços e insumos adquiridos ou comprados, equipamentos,

001473

tecnologia, softwares, manutenção de equipamentos e instalações, recursos humanos, informações e outros, peculiares a cada organização. Fornecem ou criam as condições necessárias para que a organização possa gerar seus produtos ou serviços.

• Processos Gerenciais – São aqueles que definem e direcionam o negócio da organização auxiliando na tomada de decisão.

3.5. Planejamento Estratégico

O planejamento estratégico é o processo de **elaborar a estratégia** de uma organização e definir **como ela pode ser alcançada**. É de suma importância para a organização, pois através dele que a gestão poderá controlar e coordenar as atividades da instituição com propósito de atingir seus objetivos.

A construção do planejamento estratégico tem várias possibilidades de acordo com literatura e as escolas de administração/gestão. Após os passos iniciais, a participação das lideranças, a evolução das análises e as discussões mensais levarão a uma evolução contínua do planejamento estratégico.

O planejamento estratégico deve ser **realizado anualmente** e **revisado trimestralmente** com a participação ativa da alta gestão e das médias lideranças. O primeiro passo é fazer uma descrição do mercado / setor que a instituição está inserida, na sequência uma descrição do perfil da unidade / empresa. Próximo passo é construir ou revisar a identidade institucional, na sequência realizar a análise SWOT, definir os objetivos estratégicos anuais de qualidade e segurança e os objetivos estratégicos de crescimento e inovação e finalmente realizado acordo da alta gestão com as médias lideranças das iniciativas táticas.

001474

3.6. Metodologia Lean

Valor é tudo aquilo que justifica a atenção, o tempo e o esforço que dedicamos a algo. O valor que as instituições geram destina-se à satisfação simultânea de todas as partes interessadas (ou stakeholders). Dessa forma, todas as atividades realizadas e que não se alinham a atingir as necessidades e expectativas das partes interessadas devem ser classificadas como "desperdício". Desta forma, uma das diretrizes estabelecidas por essa política é seguir esse mesmo princípio, determinando o trabalho em equipe na redução de desperdício, otimização dos processos e busca constante da melhoria contínua.

3.7. Ferramenta 5S

O 5s surgiu no Japão em meados do século XX e consiste basicamente no empenho das pessoas em organizar o local de trabalho por meio de manutenção apenas do necessário, da limpeza, da padronização e da disciplina na realização do trabalho, com o mínimo de supervisão possível.

A nomenclatura deriva do idioma japonês e se refere aos 5 (cinco) passos do programa por meio de 5 (cinco) palavras iniciadas com a letra "S":

001475

- Seiri (Senso de Utilização);
- Seiton (Senso de Ordenação);
- Seiso (Senso de Limpeza e bem-estar);
- Seiketsu (Senso de Padronização);
- Shitsuke (Senso de Autodisciplina)

Essa metodologia é aplicada nas unidades gerenciadas pelo Instituto Saúde e Cidadania desenvolvendo na equipe os sensos descritos abaixo:

- Senso de Utilização: Observar o ambiente e classificar os objetos segundo o grau de utilidade ou frequência de uso. Retirar o que não precisa e criar espaço para o que é necessário.
- Senso de Organização: O que for usado constantemente deverá ficar no alcance das mãos, o que for usado com menos frequência ficará no ambiente em local próximo e o que usar poucas vezes poderá ser retirado.
- Senso de Limpeza: realizar a inspeção do ambiente visando a promoção da saúde física e mental, por meio de ações de higiene para melhorar a qualidade de vida no local de trabalho.
- Senso de Saúde: Neste está inserido implementar ideias que possibilitem padronizações e melhor aparência para produzir serviços de qualidade.
- Senso de Autodisciplina: reforçar a necessidade de mudanças comportamental para sensibilizar as pessoas a manterem as melhorias estabelecidas.

A metodologia 5S favorece a produtividade e a segurança no trabalho, uma vez que as pessoas organizam o local de trabalho por meio de manutenção apenas do necessário, da limpeza, da padronização e da disciplina na realização do trabalho.

O método visa combater eventuais perdas e desperdícios nas instituições que adotam a metodologia; educar o pessoal envolvido diretamente com o método para aprimorar e manter os processos de qualidade. É importante a alteração do comportamento e atitude do pessoal e nessa conscientização dos integrantes sobre a importância dos conceitos e de como estes devem ser usados.

001476

A implementação dos 5S permite visualizar vários problemas de organização e comportamentais, fornecendo meios para criar um ambiente propício para novos objetivos, um ambiente em que os funcionários vivem em harmonia no seu espaço de trabalho, sentindo-se estimulados para apontar problemas e sugerir soluções. Desta forma, os seus resultados contribuem de forma integrada para a melhoria dos processos e do ambiente de trabalho.

3.8. Gestão de riscos

O objetivo do gerenciamento dos riscos nos serviços de saúde é reduzir inconsistência, empregar esforços para alcançar um serviço seguro, livre ou com poucos defeitos (falhas) e que gerem um resultado desejado ao paciente sem complicações ou danos. Dessa forma se faz necessária a antecipação dos perigos para que os riscos não se tornem danos. Não é possível conhecer os diversos riscos de um serviço de saúde sem medi-los.

O gerenciamento de riscos consiste na aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Para ser eficaz, o gerenciamento de riscos envolve um conjunto de ações voltadas para a identificação e a classificação dos riscos inerentes a uma determinada atividade, permitindo prevenir sua ocorrência ou mitigar os danos, quando for impossível evitar sua ocorrência. Atualmente a gestão de riscos tem ênfase na identificação, mapeamento e acompanhamento das atividades, com ações preventiva, corretiva e contingencial, com foco na redução de danos descrita em uma Política específica para gestão de riscos produzida pelo Instituto.

3.9. Auditoria

A auditoria atua em 3 frentes de avaliação: Auditoria por rastreadores (Tracer), auditoria de conformidades de processos e auditoria clínica. Esse processo visa garantir fluxo adequado ao paciente, bem como conformidades nos mesmos.

001477

3.9.1. Auditoria por rastreadores (TRACER)

Denominado método traçador ou de rastreamento das falhas dos processos, o método *Tracer* foi desenvolvido para assegurar que as organizações de saúde ofereçam melhoria contínua dos sistemas operacionais, cuidados seguros e de alta qualidade, já que o uso de um traçador é uma atividade típica do sistema de saúde que serve de preditor da qualidade da atenção.

É realizado através da análise de todo o percurso do paciente levando em considerações critérios predeterminados que focam na segurança do paciente, normas, rotinas e acordos institucionais, usado como norteador um instrumento estruturado em que se padroniza todos os itens a serem analisados.

3.9.2. Auditoria de Conformidades dos processos

A auditoria de conformidades é uma ferramenta para monitorar os processos e estabelecer o nível de aderência das áreas assistenciais aos mesmos. É uma espécie de "inventário de processos, padrões ou procedimentos" que tem como objetivo levantar as conformidades dos setores assistências, por meio de um instrumento estruturado que padroniza e guia todo o processo de auditoria, assim todo o setor possui seu próprio instrumento com seus padrões predefinidos.

3.9.3. Auditoria Clínica

Auditoria de processos assistenciais que investiga se o cuidado prestado está adequado com a diretriz que o padroniza.

A auditoria clínica será realizada nos protocolos gerenciáveis e nas linhas de cuidados estabelecidas em cada unidade.

3.10. Segurança x qualidade

A segurança do paciente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo. A segurança é uma das dimensões da qualidade em saúde,

001478

sendo que qualidade e segurança são atributos indissociáveis. Diferente das dimensões tradicionais da qualidade centradas em fazer o certo na hora certa, para conseguir níveis máximos de benefícios e satisfação para o paciente, a segurança se caracteriza por seu enfoque na ausência de dano produzido pela própria assistência à saúde, mais do que o foco no seu benefício.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança é o elemento mais importante para se estabelecer e se manter o hospital seguro. Uma cultura de segurança pode ser definida como o conjunto de crenças, valores, atitudes, normas e concepções por todos os profissionais. A cultura determina a forma como as pessoas trabalham juntas, como se comunicam, como se adaptam aos desafios e como reagem aos erros.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, definiu segurança do paciente como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. A cultura de segurança do paciente possui estas características fundamentais:

- Compreensão de que a operação de um hospital é uma atividade de alto risco para os pacientes;
- Um ambiente de não punição;
- Cooperação interdisciplinar e multiprofissional;
- Comprometimento da organização em garantir recursos suficientes para os problemas com a segurança do paciente.

A busca pela segurança no ambiente hospitalar é um esforço de toda a equipe e é o resultado de cooperação em todos os níveis, do operacional às lideranças.

3.11. Núcleo de segurança do paciente

O núcleo de segurança do paciente compõe um dos pilares da Qualidade nas unidades gerenciadas pelo Instituto Saúde e Cidadania e serão constituídos através de portaria específica, regimento interno e ato de constituição.

001473

3.11.1. Notificação de incidentes

Todas as organizações que se preocupam com a segurança do paciente devem estimular a notificação de incidentes.

As notificações serão realizadas através de formulário manual ou QR Code e os dados serão analisados pelo Núcleo de Segurança do paciente através do fluxo descrito no próximo item.

3.11.2. Análise dos incidentes

Os incidentes serão classificados conforme a tabela abaixo:

CLASSIFICAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO	CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO
Circunstância do risco	Situação em que haveria potencial de dano, se ocorresse um incidente
Quase erro	Incidente que não atinge o paciente
Evento sem dano	Incidente que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano.
Evento adverso	Incidente que resulta em danos para um paciente.

Após o agrupamento o Incidente deverá ser avaliado conforme o grau de dano conforme a tabela abaixo:

001480

GRAU DE DANO	DEFINIÇÃO	NOTIFICAÇÃO AO NSP
Leve	Sintomas leves, perda de função, dano mínimos, ou moderados, mas com duração rápida, e apenas intervenções mínimas sendo necessárias (ex.: observação extra, investigação, novo tratamento, tratamento leve)	Sim
Moderado	Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (ex.: procedimento terapêutico adicional, tratamento adicional), com aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo	Sim
Grave	Paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte causando diminuição da expectativa de vida com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo	Sim
Óbito	Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte (a morte do paciente não é atribuível exclusivamente a uma doença de base ou à doença que gerou a presente internação)	Sim

Em seguida é realizado a análise de criticidade do risco, que permite a identificação da probabilidade de incidência do risco e grau de priorização para a tomada de decisão das ações corretivas, conforme tabela abaixo:

PROBABILIDADE	ANÁLISE PRELIMINAR DE RISCO				
Frequente (5x ou mais por mês)	5	10	15	20	25
Ocasional (4x ao mês)	4	8	12	16	20
Incomum (3x ao mês)	3	6	9	12	15
Remoto (2x ao mês)	2	4	6	8	10
Nunca (1x ao mês)	1	2	3	4	5
RISCO	Sem Dano	Dano Leve	Dano Moderado	Dano Grave	Óbito
	GRAVIDADE				

		Medidas	Ação/Segmento
1 a 4	TOLERÁVEL	Nível de risco baixo, mas deve ser gerenciado	Monitorar Acompanhamento
5 a 10	RAZOÁVEL ALARP*	Esforços devem ser feitos para reduzir os riscos (custo x benefício)	Abrir plano de ação Monitorar e acompanhar mensal
> a 12	INTOLERÁVEL	Nível de risco tão alto que requer ação significante e urgente para reduzir a magnitude	Controlar e gerenciar. Reunião de análise crítica.

ALARP* Tão baixo quanto razoavelmente praticável

001481

Em caso de dano moderado, dano grave e óbito à esclarecer o núcleo precisa se reunir em até 48h para analisar o evento por meio do Protocolo de Londres e traçar o plano de ação. Nos casos de eventos sem danos ou dano leve será utilizado a ferramenta cinco porquês e traçar o plano de ação por parte dos coordenadores da área relacionada ao evento.

Incidentes (sem danos, com dano leve), *near miss* ou circunstâncias de risco, com criticidade razoável ou intolerável ou com relevância para o NSP, serão encaminhados para os coordenadores das áreas relacionadas através do e-mail institucional, os mesmos deverão ser repassados para a equipe in loco na tentativa de traçar plano de ação.

O prazo para devolução do Plano de Ação será de até 05 dias para os eventos sem danos ou dano leve e imediato/48horas para os eventos com dano moderado ou grave.

3.12. Gestão integrada e por resultados

O termo "integrada" refere-se a uma forma de gestão em que todos os setores de uma instituição são geridos de forma unificada, ampla comunicação intersetorial e com uma visão da organização como um todo. O termo resultados refere-se aos efeitos das atividades produzidos pela organização no atendimento aos requisitos de seu modelo de gestão. Os resultados das unidades são gerenciados através dos indicadores no Café com Gestão com a integração entre todos os setores e participação de todos nas discussões de análises críticas e propostas de melhorias.

3.12.1. Gestão por indicadores

O indicador é uma medida quantitativa e qualitativa que demonstra a evolução, compara o desempenho e identifica as oportunidades de melhoria, permitindo a avaliação da organização. Dentre as características do indicador estão:

- Simplicidade: ser de fácil entendimento, de fácil obtenção, o custo de apuração é baixo e não tem interferência significativa no processo.

001482

• Seletividade: está relacionada com o produto, serviço ou processo, mede ou está ligada ao atingimento das metas e mede características importantes para o gestor.

• Abrangência: É compatível com os objetos e metas da organização.

• Constância: possibilita comparações históricas, tem periodicidade e período de medição adequados.

• Gerenciabilidade: ser mensurável (exato e preciso) é possível interferir no resultado, a variação reflete a melhoria ou piora dos produtos, serviço ou processo, tem objetivo claro e definido.

São classificados em três categorias:

Estratégicos: São aqueles atrelados ao planejamento estratégico da organização e demarcam o futuro que se espera para a instituição. Por isso, estão ligados à missão e à visão. São pautados em análises prévias dos cenários interno e externo da organização. São definidos e acompanhados pela alta gestão.

Táticos: São aqueles de médio prazo, derivados a partir dos indicadores estratégicos. São de responsabilidade das médias lideranças para gerenciar seus setores em alinhamento com os indicadores estratégicos.

Operacionais: São indicadores de curto prazo, aliados ao dia a dia da instituição para acompanhamento dos processos assistenciais e operacionais. São atribuídos a cada colaborador de acordo com sua área de atuação.

Mensalmente os indicadores serão alimentados em fichas técnicas que irá conter:

- Nome: descrição do nome do indicador, expressando o tipo de cálculo (taxa, índice, valor absoluto, entre outros);
- Setor responsável: setor relacionado ao indicador;
- Responsável: pessoa específica que fará a coleta dos dados e construção da ficha técnica do indicador;

001483

- Definição: descrição explicativa do indicador, incluindo dados analisados e explicação do cálculo.
- Interpretação: descrição do que se espera avaliar e concluir por meio da análise da informação. Explicitar as interpretações possíveis conforme a tendência (favorável ou desfavorável);
- Fórmula de cálculo: detalhamento específico dos dados e a fórmula do cálculo do indicador;
- Fonte de dados: informar a fonte de coleta de dados. Exemplo: planilha específica, sistema de gestão (Conecte), entre outros;
- Meta: informar a meta estabelecida em acordo com a alta gestão a partir das prerrogativas institucionais, planejamento estratégico ou definições contratuais;
- Benchmarck: definir linhas de comparação com outras unidades ISAC ou outras instituições de saúde de porte semelhante, em acordo com a alta gestão, a partir das prerrogativas institucionais e do planejamento estratégico;
- Gráfico: gráfico com a consolidação dos dados com as linhas de meta e benchmark e linha do valor informado. Para a maioria dos indicadores será utilizado gráfico de linha, podendo variar conforme necessidade do indicador;
- Análise crítica: a análise crítica deverá conter minimamente a informação sobre atingimento da meta (meta atingida ou meta não atingida) e a tendência do indicador (favorável, quando o indicador melhorou em relação ao ponto anterior na linha de tendência; desfavorável, quando piorou em relação ao ponto anterior na linha de tendência; ou constante, quando o indicador se manteve em relação ao anterior na linha de tendência. Também é necessário fazer uma breve análise de causa, com o objetivo de alcançar a causa raiz e os porquês;
- Ações preventivas ou correções: informar minimamente o tipo de ação a ser tomada. Se preventiva, nos casos de meta atingida e tendência desfavorável, ou corretiva, no caso de meta não atingida ou meta atingida, porém com tendência desfavorável.

001484

3.12.2. Café com gestão

O café com gestão é uma reunião mensal com alta gestão e médias lideranças que promove a discussão dos indicadores, onde é avaliado o indicador em relação a sua tendência e ao seu desvio. Após a análise de seus resultados, os gestores deverão emitir a descrição de desempenho, onde é relatado o resultado obtido, a descrição das causas e quais medidas serão adotadas para melhoria do resultado.

3.12.3. Análise de monitoramento do processo

O cumprimento da missão da instituição está diretamente relacionado ao monitoramento de seus processos. Neste sentido, é de suma importância utilizar-se de ferramentas para mensurar este desempenho e permitir a tomada de decisões em busca de melhorias. O Instituto monitora periodicamente seus resultados de processos através dos Dashboards, que são painéis de bordo, que auxiliam a tomada de decisão. Nos Dashboards estão contemplados os acordos pactuados entre os setores. Neste contexto, é possível verificar a conformidade do desempenho institucional com as metas planejadas.

3.13. Ferramentas da qualidade

Ferramentas da Qualidade são técnicas que se podem utilizar com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para problemas que eventualmente são encontrados e interferem no bom desempenho dos processos. São várias as ferramentas que podem ser utilizadas no processo de gestão da qualidade e as mesmas são descritas abaixo.

001495

3.13.1. Gráfico tendência

Gráfico de tendência representa uma visualização de dados ou valores numéricos de forma geométricos utilizado a fim de facilitar a compreensão de informações. Eles auxiliam na identificação de padrões, tendências e na comparação de medidas, onde cada um dos dados possui uma coordenada no eixo x (horizontal) e no eixo y (vertical). Entres as projeções gráficas podemos citar gráficos de colunas, gráfico de pizza, gráfico de gantt, gráfico de barra.

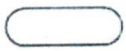
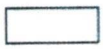
3.13.2. Fluxograma

Considerada como uma das ferramentas de qualidade, o fluxograma é uma representação sequencial de um processo que utiliza símbolos gráficos para descrever o fluxo real ou ideal e como cada atividade é relacionada, desde o início, passando por todas as etapas até o fim do processo.

O objetivo é mostrar de forma simples, como o processo é de fato realizado e enxergar oportunidades para criar um novo fluxo eliminando dispêndios. Além de possibilitar visualizar os ganhos de melhorias, é possível identificar falhas nos processos, atividades em duplicidade, os processos de comunicação do fluxo e tarefas que agregam valor.

Para realizar o desenvolvimento do fluxograma é preciso seguir os seguintes passos:

- Definir e padronizar os símbolos a serem utilizados;
- Selecionar o tipo de fluxograma que será utilizado no mapeamento;
- Definir o processo que será mapeado;
- Desenhar o processo.

	Indica o inicio ou fim do processo
	Indica cada atividade que precisa ser executada
	Indica um ponto de tomada de decisão
	Indica a direção do fluxo
	Indica os documentos utilizados no processo
	Indica uma espera
	Indica que o fluxograma continua a partir desse ponto em outro círculo, com a mesma letra ou número, que aparece em seu interior

Fonte: https://blogdaqualidade.com.br/fluxograma-de-processo

3.13.3. Matriz GUT

Outra ferramenta bastante utilizada é a matriz GUT, auxilia na priorização de resolução de problemas também conhecida como matriz de prioridades. A matriz GUT é uma ferramenta que busca selecionar e classificar as atividades, problemas ou ações mais prioritários, levando em conta os impactos mais importantes do tema, através de pontuações por meio de 3 critérios:

- Gravidade (G): intensidade e a profundidade dos danos que o problema pode causar.
- Urgência (U): tempo para que o surgimento ou piora das anomalias, das consequências ou dos resultados indesejáveis, levando em conta o prazo da solução.
- Tendência (T): pondera-se o desenvolvimento que o problema terá na ausência de ação, ou seja, se ninguém agir qual será a tendência.

A priorização é feita por escala numérica. Uma eficaz escala é a composta pelos valores 0,1,2,3 e 5 e, ao final, esses valores são multiplicados, resultando na pontuação da GUT. As pontuações finais são obtidas através da multiplicação dos três critérios:

PRIORIDADE = G x U x T

001487

3.13.4. Brainstorming

O Brainstorming é uma técnica de geração de ideias também chamada de tempestades de ideias realizada com uma equipe de pessoas. Através dessa ferramenta, são elencadas sugestões com o objetivo de buscar melhorias sobre uma situação, solucionar problemas específicos ou até mesmo alcançar metas. O propósito dessa ferramenta é lançar e detalhar ideias com um certo enfoque, originais e em uma atmosfera sem inibições. Busca-se a diversidade de opiniões a partir de um processo de criatividade grupal. Adicionalmente, é uma ferramenta que contribui para o desenvolvimento de equipes.

3.13.5. Protocolo de Londres

O protocolo de Londres é uma ferramenta que garante investigação, análise compreensiva e atenta sobre os incidentes clínicos, que vão além do sentimento de culpa e incita a reflexão dos profissionais. Apresenta um processo de investigação de acidentes e análises desenvolvidas em contexto de investigação, que foram adaptados para o uso prático.

A finalidade do protocolo é garantir uma investigação exaustiva e pensativo e análise de um incidente, indo além da identificação mais comum de falhas e culpa

As etapas de análise e investigação definidos pelo protocolo são:

- Decisão de investigar o evento;
- Selecionar o time de investigação;
- Coletar e organizar os dados;
- Estabelecer a cronologia;
- Identificar os problemas;
- Identificar os fatores contribuintes;
- Fazer recomendações e desenvolver um plano de ação.

3.13.6. Ishikawa

É um método de análise de causa raiz que organiza relações de causas e efeitos em categorias.

O Ishikawa propõe uma divisão baseada em 6 M´s, que se referem as causas dos problemas provenientes de:

a) Mão de obra;

b) Material;

c) Meio ambiente;

d) Método;

e) Máquina

f) Medida.

Baseado nesses itens inicia-se um brainstorming para identificar as principais causas do problema.

3.13.7. Cinco porquês

O método dos 5 porquês é uma abordagem científica, utilizada no sistema Toyota de Produção, para se chegar à verdadeira causa raiz do problema, que geralmente está escondida através de sintomas óbvios. Ele consiste em formular a pergunta "Por quê" cinco vezes para compreender o que aconteceu (a causa-raiz), nesse sentido, nada impede, porém, que mais (ou menos) do que 5 perguntas sejam feitas.

O número 5 vem da observação de diversos pesquisadores de que esse número costuma ser suficiente para se chegar à causa raiz. Porém, para análise dos 5 por quês, embora seja denominada assim, pode-se utilizar menos por quês (3 por exemplo), ou mais por quês, de acordo com a necessidade para que se encontre a causa raiz.

Sendo assim, a metodologia 5 por quês garantirá por meio dessas etapas:

- Determinar o que aconteceu.

001439

- Determinar por que isso aconteceu.
- Descobrir o que fazer para reduzir a probabilidade de que isso vai acontecer novamente

3.13.8. 5W2H

A ferramenta 5W2H foi criada por profissionais da indústria automobilística do Japão e consiste num plano de ação para atividades pré-estabelecidas que precisem ser desenvolvidas com a maior clareza possível, além de funcionar como um mapeamento dessas atividades.

O plano de ação é um planejamento capaz de orientar as diversas ações que deverão ser implementadas. Serve de referência às decisões, permitindo assim que seja feito o acompanhamento do desenvolvimento do projeto, para isso, deve estar estruturado de modo que permita a rápida identificação dos elementos necessários à implementação de tal.

Um bom plano de ação deve deixar claro tudo o que deverá ser realizado e, assim, desenvolver um pequeno check list, apontando os principais pontos de ação. Com a ferramenta 5W2H descreve-se um plano de ação com as atividades que precisam ser desenvolvidas com a maior clareza possível para obter clareza para quem irá executá-la. O objetivo central da metodologia é responder a sete questões e organizá-las.

Método 5W2H			
5W	What	O que?	Que ação será executada?
	Who	Quem?	Quem irá participar/executar a ação?
	Where	Onde?	Onde será executada a ação?
	When	Quando?	Quando a ação será executada?
	Why	Por que?	Por que a ação será executada?
2H	How	Como?	Como será executada a ação?
	How much	Quanto custa?	Quanto custa para executar a ação?

001490

As respostas destas questões se interligam e ao final surge um plano de ação detalhado, de fácil compreensão e visualização, que define as ações tomadas, de que maneira serão realizadas e quais os responsáveis pela execução de tais atividades. Com a utilização desta ferramenta, a quantidade de dúvidas ou incertezas serão eliminadas no planejamento, pois a ferramenta possibilita uma resposta bem clara de quem, onde, quando, por quê, como e quanto custa para resolver o problema, pois um erro de informação pode acarretar em muitos prejuízos para a instituição.

3.14. Melhoria contínua

A melhoria contínua é entendida como uma prática institucional sistêmica para garantir processos, serviços ou produtos com resultados melhores, mais eficientes e eficazes, reduzindo desperdício e aumentando qualidade. Na prática uma busca por resultados mais rápidos, mais fáceis, mais eficientes, mais efetivos, mais baratos, mais seguros, mais limpos e assim por diante. (Referência livro Modelo de Melhoria)

Para garantir que o ISAC seja uma instituição que tenha a melhoria contínua como um valor é necessário a construção e manutenção de um sistema de melhoria. Um sistema de melhoria é baseado em 5 componentes: constância de propósito (identidade institucional bem estabelecida); a organização funcionar como um sistema (mapeamento e planejamento das operações, bem como interações e conexões entre setores); sistema para obtenção de dados e informações para a promoção de melhorias; condução de planejamento para melhoria; gerenciamento e aprendizagem a partir das iniciativas de melhorias. (Referência livro Modelo de Melhoria)

Dentre várias opções de ferramentas para ser guia da melhoria contínua, o PDCA é a ferramenta base e que pode derivar várias outras para condução das iniciativas de melhoria. Importante entender que cada problema ou necessidade de melhoria deve utilizar ferramenta e esforço compatíveis com impacto e melhoria esperada.

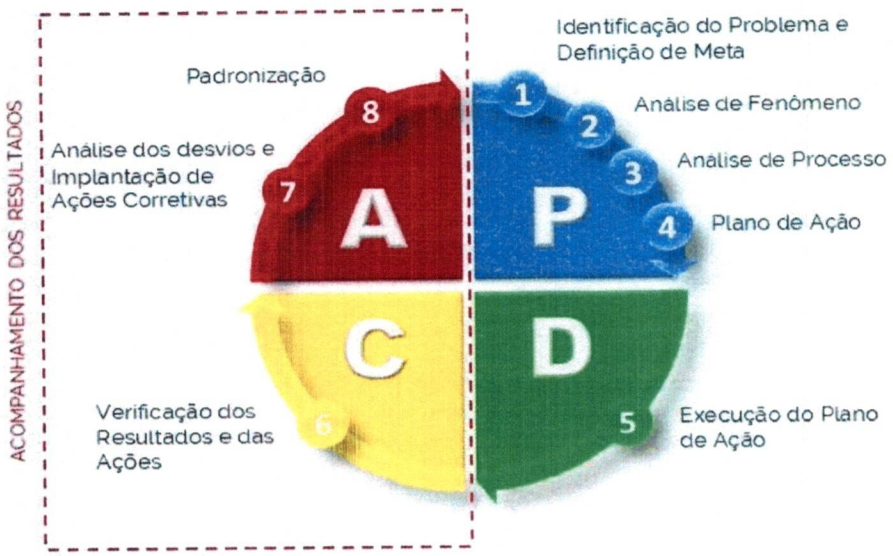
001491

3.14.1. PDCA

Uma das ferramentas adotadas para promover a melhoria contínua é o PDCA. Seu ciclo tem quatro estágios:

- Planejar (Plan): determina os objetivos para um processo e as mudanças necessárias;
- Fazer (Do): implementa mudanças;
- Verificar (Check): avalia os resultados;
- Agir (Act), padroniza e estabiliza a mudança, ou reinicia o ciclo se o resultado não for satisfatório.

Imagem I: Ciclo PDCA



Fonte:google

3.15. Gestão de documentos

Gestão de documentos é o nome dado ao conjunto de processos implementados com o objetivo de garantir a produção, o arquivamento e o uso adequado de seus registros mais importantes.

001492

A gestão de documentos das unidades será realizada através de sistema eletrônico específico que possibilitará o acesso, o gerenciamento de revisões, atualização e organização de todos os documentos institucionais.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor
24/08/2021	Todos os ítens	Thalita Mesquita

5. APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
Ristori Pinto Gerente de Qualidade Thalita Mesquita Gerente de Qualidade Daiane Leite Gerente de Assistência e Qualidade	Vinícius Menezes Gestor de assistência e qualidade	Evane Corbacho Presidente do ISAC

001493

1. OBJETIVO

Conhecer e gerenciar riscos que impactam as unidades ISAC. Desenvolver estratégias que possibilitam o alcance dos objetivos institucionais por meio do desenvolvimento, implantação e disseminação de metodologias de gerenciamento dos riscos. Trabalhar a gestão integrada e permitir a promoção de melhorias contínuas nos processos administrativos, assistenciais e de apoio. Investigar, personalizar, avaliar e tratar os riscos de forma estruturada e dinâmicas envolvendo as partes interessadas para melhor conscientização e gestão fundamentada.

2. APLICABILIDADE

A gestão de riscos abrange todas as unidades sob gerenciamento do Instituto.

3. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

3.1. Para fins desta Política considera-se os conceitos que seguem:

- **Risco:** efeito a incerteza nos objetivos, a possibilidade de ocorrência de um evento que tenha impacto nos objetivos da organização;
- **Apetite a risco**: nível de risco que uma organização está disposta a correr para atingir seus objetivos organizacionais;
- **Avaliação de risco:** processo de identificação e análise dos riscos relevantes para o alcance dos objetivos organizacionais.
- **Identificação de riscos:** processo de busca, reconhecimento e descrição de riscos, que envolve a identificação de suas fontes, causas e consequências potenciais. A identificação de riscos pode envolver dados históricos, análises teóricas, opiniões de pessoas informadas e de especialistas, e as necessidades das partes interessadas;
- **Conformidade:** ato de verificar se condutas e práticas internas estão compatíveis com as diversas regras, normativos e legislações;
- **Evento:** ocorrência ou mudança em um conjunto específico de circunstâncias;

001494

- **Consequência/gravidade:** resultado de um evento que afeta positiva ou negativamente os objetivos do isac.
- **Probabilidade/ocorrência:** é utilizada para referir-se à chance de algo acontecer, não importando se definida, medida ou determinada, ainda que objetiva ou subjetivamente.
- **Componentes dos controles internos da gestão**: são o ambiente de controle interno da entidade, a avaliação de risco, as atividades de controles internos, a informação, a comunicação e o monitoramento;
- **Controles internos da gestão**: processo que engloba o conjunto de regras, procedimentos, diretrizes, protocolos, rotinas de sistemas informatizados, conferências e trâmites de documentos e informações, entre outros, operacionalizados de forma integrada pela direção e pelo corpo de colaboradores da empresa, destinados a enfrentar os riscos e fornecer segurança razoável de que os objetivos organizacionais serão alcançados;
- **Gestão de riscos:** é a atividade coordenada e permanente, desenvolvida pela alta gestão para identificar, analisar e avaliar riscos, monitorar e decidir sobre estratégias de resposta e ações para tratamento de riscos. Perdendo ainda comunicar sobre o processo de gerenciamento desses riscos, com vistas a apoiar a tomada de decisão. Aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
- **Partes interessadas**: pessoas ou organizações que podem afetar ou ser afetadas por uma decisão ou atividade;
- **Perigo:** ambiente/situação inapropriado para exercer as atividades, condição que tem o perfil de causar ou contribuir para que o risco se materialize.
- **Resposta a riscos:** ação adotada para lidar com risco. As respostas podem se enquadrar num destes tipos: aceitar o risco por uma escolha consciente; transferir, compartilhar o risco a outra parte; evitar o risco pela decisão de não iniciar ou descontinuar a atividade que dá origem ao risco; ou mitigar/reduzir o risco, diminuindo sua probabilidade de ocorrência ou minimizando as consequências do risco;
- **Risco residual:** é a quantidade de risco que permanece ou que aparece após a inclusão dos controles adicionais e/ou ajustes dos controles existentes.

001495

- **Barreira de processo**: ação ou circunstância que impede ou modera a progressão do incidente, a materialização do risco, que poderia prejudicar o paciente ou interesses institucionais.

3.2. Das Diretrizes

A Gestão de Riscos do Instituto deve ser implementada sistematicamente, considerando riscos estratégicos/negócio, táticos/gerenciais e operacionais/processos. São diretrizes da gestão de risco do Instituto:

- Colaborar para a obtenção do propósito, visão e objetivos estratégicos do Instituto;
- Garantir os interesses, reputação, marca com transparência e valores éticos em todas as atividades institucionais;
- Agregar valor e proteger o ambiente interno;
- Subsidiar a tomada de decisões;
- Desenvolver as atividades com foco na segurança com a responsabilidade da alta gestão em assegurar a disponibilidade de recursos apropriados para a gestão dos riscos e promover o uso racional;
- Promover a cultura justa em casos de identificação de incidentes em saúde, garantindo a imparcialidade na análise e avaliação das falhas, agindo de acordo com a conformidade com as políticas institucionais definidas;
- Gerenciar e medir o desempenho e da gestão de risco por meio de indicadores e ferramentas validadas (matriz FMEA e Bow Tie);
- Comprometer com a elaboração de análise crítica e promoção de ciclos de melhorias;
- Realizar a comunicação e reporte interno e externo (quando necessário) conforme as diretrizes da política de comunicação;
- Desenvolver e promover a gestão de risco em consonância com os fundamentos da gestão em saúde (eficaz, eficiente, efetiva, adequada e oportuna).

001496

3.3. DA GESTÃO DE RISCOS

Realizar a Gestão de Riscos permite apoiar melhorias contínuas nos processos organizacionais provendo segurança para cumprimento do propósito e no alcance dos objetivos.

3.3.1. São objetivos da Gestão de Riscos do Instituto

- assegurar que os responsáveis pela tomada de decisão, em todos os níveis, tenham acesso oportuno às informações suficientes quanto aos riscos aos quais está exposta a organização.
- utilizar eficazmente os recursos para a análise e tratamento dos riscos;
- alcançar os objetivos estratégicos da organização, por meio da redução dos riscos a níveis aceitáveis (risco residual);
- agregar valor à organização por meio da melhoria dos processos de tomada de decisão e do tratamento adequado dos riscos e dos impactos negativos decorrentes da sua materialização;
- ser dinâmica, interativa e capaz de reagir a mudanças;
- abordar explicitamente a incerteza e basear nas melhores informações disponíveis, históricas, atuais e expectativas futuras;
- considerar fatores humanos e culturais, o comportamento influencia em todos os aspectos da gestão de risco;
- ser parte integrante dos processos organizacionais e contribuir para resultados consistentes e comparáveis.

3.3.2. Operacionalização da Gestão do Risco

A operacionalização da Gestão de Riscos deverá observar minimamente os seguintes componentes:

- análise do ambiente: etapa que consiste em compreender o conjunto de princípios, conceitos e atitudes que caracterizam a forma como a organização considera o risco em tudo

aquilo que faz. Inclui, integridade, valores éticos e competência das pessoas, maneira pela qual a gestão delega autoridade e responsabilidade, estrutura de governança organizacional e políticas e práticas adotadas. O ambiente interno é a base para todos os outros componentes da estrutura de gestão de riscos, provendo disciplina e prontidão para a gestão de riscos. A alta administração deve preparar o ambiente interno da organização para propiciar o gerenciamento de riscos. O ambiente externo são as forças externas à organização, que a influenciam positivamente ou negativamente. Devem ser analisados para contribuir no alcance dos objetivos.

- Definição de objetivos: todos os níveis da organização devem ter objetivos fixados e comunicados. O esclarecimento de objetivos alinhados ao propósito e à visão da organização é necessário para permitir a identificação de eventos que potencialmente dificultam/impeçam seu alcance;
- Identificação de riscos: etapa em que são identificados e mapeados os riscos inerentes à própria atividade da organização em seus diversos níveis. Nesta etapa, devem ser definidos riscos, fontes, causa probabilidade, consequência;
- Análise/avaliação de riscos: etapa em que se avaliam os riscos sob a perspectiva de probabilidade/ocorrência e gravidade/impacto para definição do nível do risco. A avaliação de riscos deve ser feita por meio de análises qualitativas, quantitativas ou combinação de ambos.
- Resposta a riscos: etapa em que se identifica qual estratégia seguir (evitar, reduzir, compartilhar ou aceitar) em relação aos riscos mapeados e avaliados. A escolha da estratégia dependerá do nível de apetite a riscos previamente estabelecido pela organização em comparação com o nível do risco;
- Priorização de riscos: consiste em comparar e classificar os riscos quanto aos seus respectivos níveis probabilidade/ocorrência e gravidade/impacto, identificando aqueles que devem ser priorizados.
- Estabelecimento de controles internos: etapa em que são implementadas as barreiras de prevenção e recuperação. Os controles internos estarão descritos nos documentos do sistema de gestão (políticas, normas, protocolos e procedimento operacional padrão). Planos de contingência são estabelecidos em casos de nível de risco alto.

001498

- Comunicação e reporte: a comunicação e reporte interno/externo dos resultados da gestão de risco utilizará os canais e meios disponíveis e deverá alcançar todos os níveis (estratégicos, táticos e operacionais);
- Monitoramento contínuo: processo de avaliação e acompanhamento contínuo que tem por objetivo avaliar o desempenho da gestão de risco, efetividade das barreiras de prevenção, recuperação e controles internos;
- Os gestores dos processos são os responsáveis pela avaliação dos riscos no âmbito das unidades, processos e atividades.
- O gestor de risco será responsável por avaliar e adotar as ações cabíveis frente ao resultado global da gestão de risco no âmbito do Instituto de Saúde e Cidadania.

3.4. Sistema de Gestão de Riscos

O Sistema de Gestão de Riscos consiste no conjunto de instrumentos de governança e de gestão que permeiam a concepção, implementação, monitoramento e melhoria contínua da gestão de riscos corporativos em toda a organização.

São instâncias responsáveis pelo Sistema de Gestão de Riscos no âmbito do Instituto.

- Alta Liderança;
- Compliance
- Comunicação
- Gestão da Assistência e Qualidade;

São instâncias responsáveis pelo Sistema de Gestão de Riscos no âmbito das unidades.

- Alta Liderança local;
- Gestão da Qualidade local;
- Medias Lideranças;

001499

- Medias Lideranças;

  As incidências de riscos classificados de nível alto e de natureza estratégica nas unidades ISAC deverão ser compartilhadas periodicamente à sede.

3.5. Competências e Responsabilidades

O comprometimento com o resultado da gestão de risco é responsabilidade de todos os colaboradores do ISAC – Instituto de Saúde Cidadania.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor

5. APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
Ristori G.Pinto Gerente de Qualidade -VITAL GESTÃO	Thalita Mesquita Gerente de Qualidade -VITAL GESTÃO Vinicius Menezes Gestor de Assistência e Qualidade	Evane Corbacho Presidente

001500

1. OBJETIVO

A política de registro seguro do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC tem o objetivo de normatizar as informações e registros dessas informações nos prontuários dos pacientes, seja eletrônico ou escrito, com a finalidade de garantir a segurança do paciente, qualidade da informação e assistência, confidencialidade e adequação a todas as políticas institucionais.

2. APLICABILIDADE

A política de registro seguro se aplica no âmbito do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, englobando Sede Administrativa e Unidades Gerenciadas. Sua aplicação é um dever de todos que se relacionem com o ISAC, seja colaborador, prestador de serviço, terceiros, fornecedor e/ ou contratante. Sendo a aplicação assim dividida: o preenchimento dos dados do prontuário é de responsabilidade dos setores assistenciais das unidades de saúde gerenciadas pelo ISAC. Agora, o sigilo, confidencialidade, guarda e respeito às exigências legais é de responsabilidade de todos os públicos do ISAC devendo ser adotado por pessoas físicas e jurídicas, independente do tipo de relacionamento.

3. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

O prontuário é um documento de fundamental importância para garantir a continuidade e a qualidade da assistência prestada ao paciente. Todos os requisitos legais e éticos relacionados ao conteúdo, prazos de armazenamento, sigilo e privacidade serão norteados pela normas internas dos ISAC e pela legislação vigente.

O registro de qualquer atendimento prestado ao paciente por um profissional de saúde deverá ser realizado em prontuário.

Segue abaixo algumas resoluções referente as categorias profissionais:

001501

- Médico: "É vedado ao médico deixar de elaborar o prontuário de cada paciente", Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Capítulo X – Art. 87.
- Enfermeiro: "É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência'', Resolução COFEN 429/2012.
- Cirurgião Dentista: "elaborar e manter atualizados os prontuários na forma das normas em vigor, incluindo os prontuários digitais", Código de Ética Odontológica.
- Fisioterapeuta: "É obrigatório o registro em prontuário das atividades assistenciais prestadas pelo fisioterapeuta aos seus clientes/pacientes", Resolução do COFFITO.
- Fonoaudiólogo: "Todos os atendimentos e procedimentos fonoaudiológicos devem ser registrados em prontuário", Resolução CFFa.
- Psicólogo: "É obrigatório o registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos", Resolução do CFP.
- Nutricionista: "compete ao nutricionista registrar, em prontuário do cliente/paciente, a prescrição dietética e a evolução nutricional de acordo com protocolos pré-estabelecidos pelo Serviço e aprovados pela instituição", Resolução do CRN.
- Farmacêutico: "compete ao farmacêutico clínico orientar e auxiliar pacientes, cuidadores e equipe de saúde quanto à administração de formas farmacêuticas, fazendo o registro destas ações, quando couber, assim como fazer a evolução farmacêutica e registrar no prontuário do paciente", Resolução do CFF.
- Assistente Social: "o assistente social deverá emitir sua opinião técnica somente sobre o que é de sua área de atuação e de sua atribuição legal, para qual está habilitado e autorizado a exercer, assinando e identificando seu número de inscrição no Conselho Regional de Serviço Social", Resolução do CRESS.

001502

3.1. Definições e conceitos

Ato de indicar uma conduta a ser realizada.

3.1.1. Prontuário do paciente

Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (Resolução CFM n. 1.638/02). O acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência (COFEN).

3.1.2. Registro seguro

Informações registradas no prontuário do paciente de forma clara, obedecendo cronologia, relevância, integrada e obedecendo todos os critérios definidos pela instituição.

3.1.3. Siglário

Conjunto de siglas.

3.1.4. Transição do cuidado

Ações para assegurar a coordenação e a continuidade da assistência à saúde na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades de um mesmo local.

001593

3.1.5. Termo de consentimento livre e esclarecido

É o documento no qual o paciente dá ciência à conduta médica a ser estabelecida para sua assistência. Ele é redigido com linguagem clara e objetiva, no qual são pontuados todos os procedimentos, vantagens e desvantagens, bem como riscos existentes na linha de cuidado sugerida.

3.2. Responsabilidades sobre prontuário e registro seguro

A responsabilidade pelo prontuário cabe ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham o atendimento, à hierarquia administrativa da instituição, às chefias médicas e ao diretor técnico. É obrigatória a existência de uma comissão de prontuários nas instituições onde se presta assistência médica, que deve ser criada por designação da direção ou por outro meio, devendo ser coordenada por um médico.

Somente profissionais da equipe multidisciplinar de assistência em saúde, devidamente habilitados e registrados nos seus conselhos de classe e devidamente cadastrados na instituição, conforme normas da área de Gestão de Pessoas, podem efetuar registro de seu atendimento no prontuário do paciente, a saber: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, biomédicos, terapeuta ocupacional, psicólogos e assistentes sociais.

Não é permitido o registro em prontuário feito por funcionários com outras categorias não descritas e/ou que não possuem o sigilo como obrigação profissional.

3.3. Informações obrigatórias para registro seguro no prontuário do paciente

- Identificação do paciente: nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e estado de nascimento), endereço completo;
- Anamnese;

001504

- Exame físico;
- Exames complementares solicitados e seus respectivos resultados;
- Hipóteses diagnósticas;
- Diagnóstico definitivo (com informação do CID-10);
- Tratamento efetuado;
- Evolução da equipe multiprofissional;
- Procedimentos realizados;
- Prescrição médica, odontológica e de enfermagem;
- Termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e outros relacionados ao cuidado ao paciente, conforme a Recomendação do Conselho Federal de Medicina (CFM 1/2016) e de acordo com os termos disponíveis para o perfil da unidade;
- Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE);
- Assinatura e respectivo número do conselho de classe profissional de todos os registros;
- Resumo de alta, informações e formulário conforme determinação da comissão de prontuários e direção técnica da unidade;
- Registro de saída – alta, óbito, guias de transferência para outros serviços de saúde e encaminhamentos para rede de atenção básica ou especializada, evasão.

3.4. Qualidade do registro no prontuário

Nos prontuários em papel, todas as anotações devem ser precedidas pela data e hora, sendo obrigatória a identificação de todos os profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do Conselho de classe.

Todos os registros no prontuário devem ser feitos de forma legível, com caneta esferográfica de tinta azul-escura ou preta. Não é permitido o uso de carbono, de canetas com tinta de outras cores.

001505

Se forem verificados erros ou enganos, esses devem ser apontados e corrigidos em um registro posterior, que faça referência aos problemas encontrados. Rasuras invalidam os documentos como prova processual.

Não é permitido o uso de corretivos ou borrachas.

Deve-se evitar espaços em branco e o uso de abreviaturas.

Se o uso das abreviaturas for imprescindível, utilizar apenas abreviaturas previstas em literatura, bem como no siglário padronizado pela instituição (em anexo).

3.5. Informações que não devem ser registradas no prontuário do paciente

Não deve ser inserida no prontuário do paciente qualquer informação alheia à saúde e assistência prestada ao paciente.

Queixas, reclamações, desabafos referentes ao trabalho de outros profissionais devem ser informados diretamente ao diretor técnico ou coordenador da equipe profissional através de documento formal de comunicação interna. Isso evita confusão de informações nos prontuários e garante a comunicação do fato ao responsável.

Reclamações relativas à manutenção de equipamentos e infraestrutura devem ser informadas diretamente ao setor responsável (engenharia clínica ou hospitalar) através de documento formal de comunicação interna. Isso evita confusão de informações nos prontuários e garante a resolução do problema pelo meio destinado a isso.

3.6. Armazenamento dos prontuários

Pela característica de sigilo e confidencialidade dos dados, em respeito à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, os prontuários devem ser armazenados em locais de acesso restrito, seja físico ou digital. No caso de guarda física deverá ter controle e acesso limitado, sendo necessário um ambiente próprio e restrito. Já no âmbito digital, deve-se ter níveis de acesso e trilhas de auditoria que monitorem consultas, leituras, edições e compartilhamento.

001506

Tais medidas se fazem necessárias em função da legislação citada anteriormente, bem como, em respeito ao CFM, que determina, por meio da Resolução CFM nº 1.821, de 11 de julho de 2007:

"Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado."

"Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado."

3.7. Sigilo

A LGDP prevê que dados pessoais sensíveis, como são os de saúde, devem ser mantidos em sigilo, com total confidencialidade. Cabendo, exclusivamente, ao usuário/paciente e quando for o caso, seu representante legal, decidir sobre o compartilhamento dos mesmos.

Além das legislações vigentes, os regulamentos que norteiam a atuação de cada categoria profissional da área de saúde, consideram o prontuário do paciente é sigiloso e confidencial. E isso acontece porque o atendimento prestado ao paciente/usuário de saúde é caracterizado como intimidade da pessoa, vida privada, devendo assim respeitar o direito à confidencialidade.

A própria Constituição Federal do Brasil versa sobre a obrigatoriedade de preservar à intimidade da pessoa, e por isso, prevê no inciso X do seu artigo 5º que "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação".

Assim, todo profissional que atua na área da saúde jamais pode revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício da profissão.

001507

3.8. Manuseio dos prontuários

Em função do sigilo das informações contidas no prontuário do paciente, o acesso aos dados e às informações a eles relacionadas, são restritas e confidenciais.

O acesso ao prontuário e às informações nele contida obedecem às normas internas do ISAC e a legislação vigente, especialmente a LGPD.

Toda e qualquer divulgação de dados do paciente/usuário segue ao já regulado nas políticas de Comunicação Integrada, Segurança da Informação e Classificação da Informação e nos regulamentos oriundos delas.

Além do já normatizado nas normas internas, o Código de Ética Médica prevê que o prontuário pode ser fornecido nas seguintes situações:

"Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa."

"§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz."

"§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional."

O prontuário original é de responsabilidade do ISAC e da unidade de saúde gerenciada que o paciente recebeu atendimento. De forma que, seu original é mantido em sigilo. O acesso, quando autorizado, será exclusivamente à cópia. E jamais serão autorizados prints e fotografias do mesmo. Autoridades policiais e órgãos de controle precisam da autorização judicial para acesso ao prontuário conforme a legislação vigente.

No caso do acesso à cópia dos prontuários, só é permitido nas seguintes situações:

- Paciente respondendo legalmente pelos seus atos (a. partir de 18 anos, orientado e consciente):
  - Solicitação feita pelo próprio paciente/usuário (Resolução CFM n.º 1.605/00)

001508

- Procuração, com assinatura do paciente/usuário, autorizando o acesso à terceiros

- Paciente sob tutela legal de terceiros (menor de idade, incapaz, inconsciente):

- Solicitação feita por representante legal, que comprove por meio de documento oficial, o vínculo de responsabilidade legal com o paciente atendido.

- Terceiro indicado pelo paciente/usuário na admissão ao estabelecimento de saúde, com o preenchimento de formulário devido.

São considerados representantes legais do paciente/usuários: pais (desde que casados ou com guarda compartilhada), detentor da guarda do menor de idade, cônjuge ou terceiros com representatividade legal.

3.8.1. Para os casos de falecidos

O conteúdo do prontuário ou parte dele só será revelado se:

- Justa causa determinada por lei;
- Para fins legais;
- O paciente ter deixado documento expressando sua vontade;
- For solicitado por sucessor legítimo do paciente, em linha reta ou colaterais até o quarto grau, desde que comprovado documentalmente o vínculo familiar. E ainda, que quando paciente, o falecido não tenha declarado objeção à divulgação do conteúdo do seu prontuário aos seus familiares e sucessores.

3.9. Organização dos prontuários em uso nas unidades do Instituto Saúde e Cidadania

O prontuário deve estar organizado em abas conforme descrito abaixo:

001509

- **ABA 1 - Documentos de Prescrição Multiprofissional:** Estes documentos só devem ser retirados do prontuário a cada 15 dias de internação.
- **ABA 2- Documentos de Evolução da Equipe Multiprofissional:** Destina-se à evolução diária dos profissionais e deve seguir a ordem cronológica dos acontecimentos, do mais antigo para o mais recente. Estes documentos só devem ser retirados do prontuário a cada 15 dias de internação.
- **ABA 3- Exames Complementares:** Destina-se aos resultados de todos os exames realizados pelo paciente.
- **ABA 4: Protocolos Institucionais e Outros:** Destina-se aos instrumentos de gerenciamento dos protocolos. Destina-se também aos impressos e exames provenientes de outra instituição.
- **ABA 5: Plano Terapêutico:** Destina-se ao instrumento para conduzir de forma efetiva o tratamento do paciente na instituição de acordo com sua patologia.
- **ABA 6: Admissão do Paciente**: Destina-se aos documentos que geraram a admissão do paciente como AIH, Formulário de transferência e os documentos gerados na admissão na unidade destino. Deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

Para as instituições que recebem acadêmico, é preciso constar, ao lado do nome e carimbo do profissional assistente, nome ou assinatura do acadêmico/interno se este fizer anotações.

3.10. Registros por categoria Profissional

3.10.1. Registro médico

Os seguintes itens devem obrigatoriamente constar no prontuário do paciente:

- Identificação do Paciente;
- Anamnese;

- Exame Físico;
- Exames complementares;
- Diagnóstico/hipóteses diagnósticas;
- Tratamento;
- Anotações diárias sobre a evolução do estado do paciente.
- Saída do paciente

O detalhamento de cada item segue descrito *no Protocolo de Comunicação Segura* do ISAC.

3.10.2. Registro de enfermagem

Os registros de enfermagem compõem o processo de assistência de enfermagem e devem conter os seguintes instrumentos:

- Admissão de enfermagem;
- Avaliação de riscos e complexidade dos cuidados;
- Plano de cuidados através da prescrição de enfermagem;
- Evolução de enfermagem feita pelo enfermeiro;
- Registros diários de atividades básicas realizadas no período.

3.10.3. Registro de Nutrição

Com o objetivo de possibilitar a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao paciente, o profissional nutricionista deve registrar o atendimento prestado, fornecendo informações sobre as intervenções realizadas durante a internação.

001511

3.10.4. Registro do Fisioterapeuta

De acordo com Resolução do COFFITO-414/2012 e com a rotina do serviço de Fisioterapia, o registro no prontuário deverá ser realizado após a assistência fisioterapêutica prestada e deverá ser composto de:

- Data e horário do atendimento;
- Exame clínico/físico no momento da intervenção com a descrição do estado de saúde físico-funcional;
- Resultados de testes funcionais e/ou escalas realizadas durante o atendimento, bem como descrição de exames complementares realizados previamente;
- Diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos;
- Planos fisioterapêuticos e protocolos multidisciplinares;
- Evolução da condição de saúde físico-funcional do cliente/paciente.

3.10.5. Registro do assistente social

As intervenções do serviço social devem ser registradas em prontuário, são elas:

- Autorizações especiais;
- Declarações;
- Orientações sobre direitos e benefícios sociais;
- Encaminhamentos a instituições competentes;
- Suporte à alta hospitalar;
- Acolhimento e encaminhamentos em casos de óbito;
- Acompanhamento social das intervenções.

3.10.6. Registro do Psicólogo

O registro do psicológico em prontuário multiprofissional visa a sinalizar para a equipe o estado emocional do paciente para que o mesmo possa ser percebido e avaliado em sua totalidade. As informações registradas no prontuário deverão acontecer todas as vezes em que o atendimento for realizado e enquanto o paciente permanecer no hospital.

A evolução deve conter as seguintes etapas:

- Avaliação psicodinâmica;
- Planejamento terapêutico;
- Avaliação dos resultados;
- Replanejamento (se necessário);
- Registro em prontuário

3.10.7. Registro do Fonoaudiólogo

O fonoaudiólogo deve proceder as seguintes informações no prontuário:

- Dados da anamnese ou entrevista fonoaudiológica;
- Testes e exames fonoaudiológicos realizados pelo profissional, com laudo das avaliações já concluídas;
- Encaminhamentos realizados e retornos recebidos (transcrição ou cópia de exames, pareceres ou relatórios);
- Diagnóstico fonoaudiológico, prescrição da conduta fonoaudiológica e recomendações à equipe; Registro das orientações ao paciente/responsável ou cuidador.

3.10.8. Registro do cirurgião – dentista

Cabe ao cirurgião dentista realizar o registro em prontuário, conforme segue:

001513

- Identificação do Paciente;
- Anamnese;
- Exame Físico;
- Exames complementares;
- Diagnóstico/hipóteses diagnósticas;
- Plano de Tratamento;
- Condutas realizadas;
- Evoluções diárias.

3.10.9. Registro do Farmacêutico

O registro do farmacêutico deve conter minimamente:

- Data e hora dos registros;
- Sinalização da atividade registrada (conciliação medicamentosa, acompanhamento farmacoterapêutico, ocorrência de Reação adversa medicamentosa, sinalização de interação e intervenção Farmacêutica);
- Descrição objetiva do que foi analisado e, caso seja necessário, sugestão de conduta necessária;
- Carimbar e assinar.

3.11. Plano Terapêutico Multiprofissional

O Plano terapêutico multiprofissional é um documento elaborado com a finalidade de estabelecer, discutir e gerenciar as diretrizes terapêuticas de todos os membros da equipe assistencial multidisciplinar para o paciente internado. É de suma importância para a programação da internação do paciente, como terapêutica proposta, exames solicitados, agendamento de cirurgias e previsão de alta.

O Plano terapêutico deve ser elaborado pelo médico diarista, junto à equipe multiprofissional, através de visita in loco após a admissão do paciente ou após a tomada de decisão e discutido periodicamente nas visitas multidisciplinares, para revisão dos itens propostos, bem como definição de novas condutas baseadas nas melhores diretrizes e planejamento de alta segura.

Também deve ser avaliado se as diretrizes traçadas foram efetivadas ou não e, em caso negativo, listar as causas prováveis do não cumprimento ao plano terapêutico. Caso isso aconteça, deverá ser notificado através de Comunicado Interno para direção técnica ou Ficha de Notificação de Eventos Adverso para o NSP.

O plano terapêutico será realizado em formulário padronizado específico e deverá estar acessível a todos os profissionais que prestam assistência ao paciente.

3.12. Regras Gerais para Prescrição

O primeiro passo para se evitar problemas na administração de medicação é garantir segurança na prescrição médica, uma vez que essa é a primeira etapa da cadeia terapêutica hospitalar, sendo responsável por considerável parcela de erros na utilização de medicamentos, decorrentes de uma prescrição ilegível, com informações ambíguas ou incompletas.

Para efetuar uma prescrição completa e adequada, o Instituto Saúde e Cidadania recomenda algumas sugestões padrão para prescrição, com o objetivo de garantir qualidade e segurança nos serviços assistenciais.

- Certificar-se de que a prescrição está corretamente identificada com o nome completo do paciente, data de nascimento e assinatura/carimbo do prescritor;
- Escrever nome do medicamento, seguido da concentração, forma farmacêutica, dose, posologia, via e orientações de uso; Ex: Captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg (2 comprimidos) de 8/8 horas por via oral, 1 hora antes das refeições;
- Não utilizar a denominação comercial;
- Considerar sempre a dose máxima diária permitida;

001515

- Atenção ao prescrever doses fracionadas de comprimidos ou cápsulas que não podem ser triturados ou manipulados;
- Certificar-se de informar a via da administração, especialmente quando o mesmo medicamento pode ser administrado por mais de uma via;
- Certificar-se de informar a velocidade de infusão dos medicamentos de uso endovenoso;
- Evitar a utilização desnecessária de vírgulas e pontos antes e após a dose;
- Procurar identificar sempre alergias e interações medicamentosas;
- Ao final, reler a prescrição, observando se não existem itens duplicados, se todas as orientações foram escritas e estão claras;
- Restringir ordens verbais aos casos de urgência, transcrevendo-as à prescrição assim que possível;
- Reavaliar diariamente a prescrição.

A prescrição faz parte de um processo multidisciplinar. Deve-se sempre manter um bom canal de comunicação com todas as equipes envolvidas no cuidado do paciente.

3.13. Critérios de segurança no registro em situações de referência e contrarreferência

Os registros de transferências de paciente realizados para referência ou contrarreferência, deverão seguir os critérios mínimos de segurança descritos abaixo.

3.13.1. Identificação do paciente

O registro de transferência deverá conter no campo identificação do paciente o Nome completo do paciente, data de nascimento, idade, nome da mãe, horário, Cadastro de Pessoa Física, Cadastro Nacional do Sistema Único de Saúde.

001516

3.13.2. Situação

Neste campo deverá ser descrito motivo de entrada/internamento do paciente, histórico da doença atual/CID de internamento; evolução médica abordando exame físico completo, alergias e sinais vitais; medicamentos em uso e dias de permanência na unidade de saída.

3.13.3. Antecedentes

Os antecedentes estão relacionados as comorbidades, passado cirúrgico e antecedentes familiares.

3.13.4. Conduta

Deverão ser descritos os procedimentos e exames realizados na unidade, motivo de encaminhamento e plano terapêutico.

3.14. Abreviaturas, símbolos e siglas

Abreviações / Siglas	Significado
AC	Ausculta Cardíaca/ inclusa na avaliação cardio vascular
ACM	A Critério Médico
ACV	Ausculta Cardiovascular/aparelho cardio vascular

001517

AD	**Água Destilada/ aparalho digestivo**
AF	**Água Filtrada**
AGE	**Ácido graxo essencial**
AIG	**Adequado para a idade gestacional**
AIT ou TIA	**Ataque isquêmico transitório (cerebral)**
AMP	**Ampola**
AP	**Antecedentes Pessoais**
AU	**Altura Uterina**
AVC	**Acidente Vascular Cerebral**
AVCI ou H	**Acidente Vascular Isquêmico ou Hemorrágico**
AVE	**Acidente Vascular Encefálico**
AVP	**Acesso Venoso Periférico**
BAV	**Bloqueio atrioventricular**

001518

BAVT	**Bloqueio Atrioventricular Total**
BCF	**Batimento Cardíaco Fetal**
BCP	**Broncopneumonia**
BCRNF	**Bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas**
BDA ou BEA	**Bregmática Direita Anterior ou Esquerda Anterior**
BDP ou BEP	**Bregmática Direita posterior ou Esquerda Posterior**
BDT ou BET	**Bregmática Direita Transversa ou Esquerda Transversa**
BE ou BCE	**Broncoespasmo**
BEG	**Bom Estado Geral**
BGN	**Bacilos Gram Negativos**
BI	**Bolsa Íntegra**
BIC	**Bomba de Infusão Contínua**
BIPAP	**Bilevel Positive Airway Pressure**

001519

BP	**Baixo Peso**
BPM	**Batimentos por minuto**
BPP	**Boa Perfusão Periférica**
BQL ou BQT	**Bronquiolite**
BR	**Bolsa Rota**
CA	**Circunferência Abdominal**
CAPS ou CP	**Cápsula(s)**
SSVV	**Sinais Vitais**
CE	**Corpo Estranho**
CIA ou CIV	**Comunicação Intra Atrial ou Intraventricular**
CIVD	**Coagulação Intravascular Disseminada**
Cm^3	**Centímetro Cúbico**
CMV	**Citomegalovírus**

001520

CNO2	Cateter Nasal de O2
COMP ou CP	Comprimido(s)
COT ou TOT	Cânula (Tubo) Oro Traqueal
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
ACV	Aparelho cardiovascular
CVC	Cateter Venoso Central
AVP	Acesso Venoso Periférico
D	Dia(s)
DB	Descompressão Brusca (Manter)
DBP	Displasia Broncopulmonar
DBV	Dor em baixo ventre
GECA	Gastroenterocolite aguda - Diarréia
DG	Drágeas

DGN	**Diplococos Gram Negativos**
DHEG	**Doença Hipertensiva Específica da Gravidez**
DHRN	**Doença Hemolítica do Recém Nascido**
DIP	**Doença Inflamatória Pélvica**
DIU	**Dispositivo Intrauterino**
DM	**Diabetes *Mellitus***
DMO	**Doença Metabólica Óssea- cuidado para não confundir com disfunção de múltiplos órgãos – DMOS)**
DNPM	**Desenvolvimento Neuropsicomotor**
DOPP	**Diagnóstico obstétrico patológico pregresso**
DORT	**Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho**
DP	**Diálise Peritoneal**
DPOC	**Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**
DPP	**Descolamento Prematuro de Placenta**

DRP	**Desconforto Respiratório Precoce**
DSAV	**Defeito do Septo Atrio Ventricular I**
DSAVT	**Defeito do Septo Atrio Ventricular Total**
DT	**Difteria e Tétano**
DU	**Dinâmica Uterina**
DVE	**Derivação ventricular Externa**
DVP	**Derivação ventricular Peritoneal**
DXT	**Dextro**
EAP	**Edema Agudo de Pulmão**
EBP	**Extremo Baixo Peso**
ECG	**Eletrocardiograma**
ECN	**Enterocolite Necrotizante**
ECNE	**Encefalopatia crônica não evolutiva/ não especificada**

ECO	**Ecocardiograma**
EDA	**Endoscopia Digestiva Alta**
EF	**Exame Físico**
ENV	**Envelope**
ESC	**Estertores Subcreptantes**
EV	**Endovenoso**
EVA	**Escala Visual Analógica**
EXT	**Extremidades**
FA	**Fibrilação Atrial**
FAB	**Ferimento por Arma Branca**
FAF	**Ferimento por Arma de Fogo**
FANT	**Fontanela Anterior Normotensa**
FC	**Frequência Cardíaca**

001524

FCC	Ferimento Corto-Contuso
FLPT	Formula Láctea Pré Termo
FLT	Formula Láctea Termo
FM	Filho de Mãe
FOP	Forame Oval Pérvio
FR	Freqüência Respiratória
Fr	Frasco
FV	Fibrilação Ventricular
G	Gestação
G	Grama(s)
GCS	Escala de Coma de Glasgow/ ECG modificada
GIG	Grande para a Idade Gestacional
Gt	Gotas

GTT	**Gastrotomia**
AGU	**Geniturinário/Aparelho geniturinário**
H	**Hora(s)**
HAS	**Hipertensão Arterial Sistêmica**
HD	**Hemodiálise**
HDA	**Hemorragia Digestiva Alta**
HDB	**Hemorragia Digestiva Baixa**
HEP.B	**Hepatite B**
HIC	**Hipertensão intracraniana**
HOSP	**Hospitalização**
HPB	**Hiperplasia Prostática Benigna**
HSA	**Hemorragia Subaracnóidea**
HSDA	**Hematoma Subdural Agudo**

0015262

HSDC	Hematoma Subdural Crônico
HTX	Hemotórax
HVE	Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
DAPC	Doença arterial periférica crônica - DAPC
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICO	Insuficiência Coronariana
ID	Intradérmico
IG	Idade Gestacional
IGC	Idade Gestacional Corrigido
ILA	Índice de Liquido Amniótico
IM	Intramuscular
INAL	Inalação

001527

Inj	**Injetável**
INN	**Icterícia Neonatal**
IOT	**Intubação Oro traqueal**
IRA	**Insuficiência Renal Aguda**
IRC	**Insuficiência Renal Crônica**
IRPA ou IRA	**Insuficiência Respiratória Aguda**
ISC	**Infecção do Sitio Cirúrgico**
ITU	**Infecção do Trato Urinário**
IVAS	**Infecção de Vias Aéreas Superiores**
Kcal	**Quilocaloria**
Kg	**Quilograma(s)**
KPC	**Klebsiella Pneumoniae Produtora de Carbapenemase**
L	**Litro(s)**

001528

LAD	**Lesão Axonal Difusa**
LER	**Lesão por Esforços Repetitivos**
LES	**Lupus Eritematoso Sistêmico**
LHP	**Leite Humano Pasteurizado**
LIP	**Lipídio**
LIQ	**Líquido**
LM	**Leite Materno**
LMO	**Leite Materno Ordenhado**
LNH	**Linfoma não Hodgkin**
LPP	**Lesão por Pressão**
LX	**Luxação**
m2	**Metro(s) Quadrado(s)**
MAV	**Malformação Antero venosa**

001529

MBP	**Muito Baixo Peso**
MCG	**Micrograma(s)**
ME	**Morte encefálica**
MEC	**Mecônio**
MEG	**Mau Estado Geral**
mEq	**Milequivalente(s)**
MF	**Movimentos Fetais**
MG	**Miligramas**
MIN	**Minutos**
ML	**Mililitros**
MM	**Membros**
MR	**Multirresistente**
MS	**Multissensível**

001530

MV	**Murmúrios Vesiculares**
NPP	**Nutrição Parenteral Prolongada**
NPT	**Nutrição parenteral total**
OEA ou ODA	**Occipto Esquerda Anterior ou Occipto Direita Anterior**
OEP ou ODP	**Occipto Esquerda Posterior ou Occipto Direita Posterior**
OET ou ODT	**Occipto Esquerda Transverso ou Occipto Direita Transverso**
TH	**Taxa Hídrica**
Oxa R	**Oxacilina resistente**
P	**Paridade**
PA	**Pressão Arterial**
PAC	**Pneumonia adquirida na comunidade**
PAI	**Pressão Arterial Invasiva**
PAM	**Pressão Arterial Média**

001531

PAS ou PAD	**Pressão Arterial Sistólica ou Diastólica**
PC	**Perímetro Cefálico**
PC/PS	**Pressão Controlada ou Pressão de Suporte**
PCA	**Persistência de Canal Arterial**
PCR	**Parada Cardio Respiratória**
PCT	**Prega Cutânea Tricipital**
PDE ou PDD	**Pododáctilo Esquerdo ou Direito**
PFC	**Plasma Fresco Congelado**
PIC	**Pressão Intracraniana**
PICC	**Cateter Central de Inserção Periférica**
PIG	**Pequeno para Idade Gestacional**
PNM	**Pneumonia**
PPN ou PPC	**Pós Parto Normal ou Cesáreo**

001532

PROT	**Proteína**
RNPT	**Recém Nascido Pré Termo**
PT	**Perímetro Torácico**
PVC	**Pressão Venosa Central**
QDE ou QDD	**Quirodáctilo Esquerdo ou Quirodáctilo Direito**
RA	**Ruídos Adventícios**
RCIU	**Restrição de Crescimento Intra Uterino**
REG	**Regular Estado Geral**
RFE	**Retração de Fúrcula Esternal**
RHA	**Ruídos Hidroaéreos**
RNC	**Rebaixamento de Nível de Consciência**
RNT	**Recém Nascido a Termo**
ROP	**Retinopatia da Prematuridade**

001533

RPMO	**Rotura Prematura de Membranas Ovulares**
RX	**Radiografia**
SC	**Subcutâneo**
SCA	**Síndrome Coronariana Aguda**
SD	**Síndrome**
SDR	**Síndrome do Desconforto Respiratório**
SEG	**Segundo(s)**
SF	**Soro Fisiológico**
SG	**Soro Glicosado**
SGF	**Soro Glicofisiológico**
SIRS	**Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica**
SL	**Sublingual**
SM	**Soro de Manutenção**

001534

SME	**Seio Materno Exclusivo**
SMLD	**Seio Materno Livre Demanda**
SMO	**Seio Materno Ordenhado**
SN	**Se Necessário**
SNE	**Sonda Nasoenteral**
SNG	**Sonda Nasogástrica**
SO2 ou SAT O2	**Saturação de Oxigênio**
SOE	**Sonda Oro Enteral**
SOG	**Sonda Oro Gástrica**
SOL	**Solução**
SUP	**Supositório**
SUSP	**Suspensão**
SVA	**Sonda Vesical de Alívio**

001535

SVD	**Sonda vesical de demora**
T/Temp	**Temperatura**
TB	**Tuberculose**
TC	**Tomografia Computadorizada**
TCE	**Traumatismo Crânio Encefálico**
TDAH	**Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade**
TEC	**Tempo de Enchimento Capilar**
TEP	**Tromboembolismo Pulmonar**
TGA	**Transposição das Grandes Artérias**
TSC	**Tiragem Subcostal**
TNE	**Terapia Nutricional Enteral**
TNO	**Terapia Nutricional Oral**
TNP	**Terapia Nutricional Parenteral**

001536

TOC	**Transtorno Obsessivo-compulsivo**
TP	**Trabalho de Parto**
TPP	**Trabalho de Parto Prematuro**
TPSV	**Taquicardia Paroxística Supraventricular**
TRM	**Trauma raqui medular**
TRO	**Terapia de Reidratação Oral**
TSV	**Taquicardia Supra Ventricular**
TU	**Tumor**
TVP	**Trombose Venosa Profunda**
UI	**Unidades Internacionais**
URC	**Urocultura**
USG	**Ultrassonografia**
VIG	**Velocidade de infusão de glicose**

VIT	**Vitamina**
VM	**Ventilação Mecânica**
VO	**Via Oral**
VPP	**Ventilação por pressão positiva**
VR	**Via Retal**
VV	**Via Vaginal**
A/E ou AE	**A esclarecer**
ADM	**Administração**
AINE	**Anti-inflamatórios não-esteróides**
AMA	**Assistência Médica Ambulatorial**
APAE	**Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais**
ATB	**Antibiótico**
AVAL	**Avaliação**

AVS	**Atendimento a Vítima de Violência Sexual**
BH	**Balanço Hídrico**
BHT	**Balanço Hídrico Total**
BL	**Bloco**
BO	**Boletim de Ocorrência**
C/	**Com**
CAPS	**Centro de Atenção Psicossocial**
CAPSI	**Centro de Atenção Psicossocial Infantil**
CAPSAD	**Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**
CAT	**Comunicação de Acidente de Trabalho**
CÇA	**Criança (outras)**
CD	**Conduta**
CDP	**Centro de Detenção Provisória**

001539

CFESS	**Conselho Federal de Serviço Social**
CID	**Classificação Internacional de Doenças**
CIPE	**Cirurgia Pediátrica**
CLT	**Consolidação das Leis Trabalhistas**
Cm	**Centímetros**
CRAS	**Centro de Referência de Assistência Social**
CREAS	**Centro de Referência Especializado de Assistência Social**
CRESS	**Conselho Regional de Serviço Social**
CROSS	**Centro de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde**
CORA	**retirar**
CVF com BD	**Capacidade Vital Forçada com Broncodilatador**
DC	**Débito cardíaco**
DD	**Decúbito dorsal**

001540

DDH	**Decúbito dorsal horizontal**
DIH	**Dias de internação hospitalar**
DLD	**Decúbito lateral direito**
DLE	**Decúbito lateral esquerdo**
DN	**Data de Nascimento**
DNC	**Doença de Notificação Compulsória**
DNV	**Declaração de Nascido Vivo**
DO	**Declaração de Óbito**
DPVAT	**Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores por Via Terrestre**
Dr (a).	**Doutor/Doutora**
DST	**Doença sexualmente transmissível**
DUM	**Data da última menstruação**
DV	**Dias de vida**

001541

DVA	**Drogas vasoativas**
ECA	**Estatuto da Criança e do Adolescente**
EMAD	**Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar**
ENF	**Enfermeiro (a)**
Evac	**Evacuação**
F	**Feminino**
FAA	**Ficha de Atendimento Ambulatorial**
FE/FEJ	**Fração de Ejeção**
FGTS	**Fundo de Garantia por Tempo de Serviço**
FiO2	**Fração inspiratória de oxigênio**
FISIO ou FST	**Fisioterapia**
FO	**Ferida Operatória**
FONO	**Fonoaudiologia**

001542

HD	**Hipótese diagnóstica**
HIV	**Vírus da imunodeficiência humana**
HPMA	**Historia prévia da moléstia atual**
HPV	**Papiloma vírus humano**
HV	**Horas de Vida**
IH	**Infecção Hospitalar**
IMC	**Índice de massa corpórea**
INSS	**Instituto Nacional do Seguro Social**
ISOL	**Isolamento**
LAB	**Laboratório**
LCR	**Líquido cefalorraquidiano**
LOAS	**Lei Orgânica da Assistência Social**
Masc	**Masculino**

001543

Max	**Máxima**
Min	**Mínima**
MP	**Ministério Público**
NA	**Não se aplica**
NB	**New Ballard**
NCR	**Neurocirurgia**
NDN	**Nada digno de nota**
NE	**Necessidades Energéticas**
Neg	**Negativo**
NL	**Normal**
NP	**Não Padrão**
OBS	**Observação**
PO	**Pós operatório**

001544

OSS	**Organização Social da Saúde**
P/	**Para**
PCT ou PCTE	**Paciente**
PED	**Pediatria**
PEEP	**Pressão expiratória**
PEP	**Período Expiratório Prolongado**
Pesq	**Pesquisa**
PIS	**Programa de Integração Social**
PINSP	**Pressão inspiratória**
PN	**Peso de Nascimento**
PNAR	**Pré Natal de Alto Risco**
PNAS	**Política Nacional de Assistência Social**
PNI	**programa nacional de imunização**

001545

POI	**Pós-operatório imediato**
POT	**Pós-operatório tardio**
PRVC	**Volume controlado com pressão regulada**
PSF	**Programa Saúde da Família**
PSV	**Pressão de suporte ventilatório**
PTR	**Programa de Transferência de Renda**
QSP	**Quantidade suficiente para**
QTD	**Quantidade**
REAV/REAVAL	**Reavaliação**
REL	**Relação**
RN	**Recém-nascido**
RPA ou RA	**Recuperação Pós Anestésica**
S/	**Sem**

001546

SAE	**Sistematização da Assistência de Enfermagem**
SEM	**Semanas**
SIC	**Segundo informações colhidas**
SIST	**Sistema**
ST	**Secreção traqueal**
SUAS	**Sistema Único de Assistência Social**
SUS	**Sistema Único de Saúde**
TINSP	**Tempo Inspiratório**
TO	**Terapia Ocupacional**
TS	**Tipagem Sanguínea**
TTO	**Tratamento**
UBS	**Unidade Básica de Saúde**
UN	**Unidade**

001547

VC	Volume Corrente

3.14.1. Abreviações e siglas não permitidas para registros do Prontuário

Abreviações / Siglas	Justificativa para proibição
CO	Pode significar corado ou cirurgia obstétrica
AA	Ar ambiente
HI	Pode significar herniorrafia incisional ou herniorrafia inguinal
NR	Pode ser não reagente ou não realizado

Referente as abreviações, símbolos e designações de dose sujeitos a erros por conter abreviações, símbolos e designações relacionadas a cadeia medicamentosa, está descrito na Política de segurança da cadeia medicamentosa e foram relatados por meio do ISMP National Medication Errors Reporting Program (ISMP MERP).

4. REFERÊNCIAS

Resolução CFM número 1638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cFm/2002/1638_2002.htm

001548

http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf

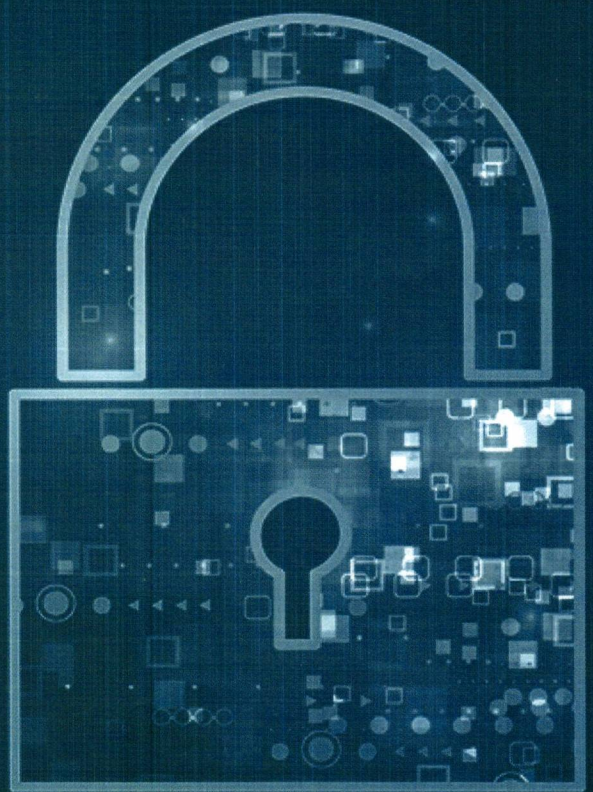
5. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor

6. APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
Daiane Leite Gerente de Assistência e Qualidade - VITAL GESTÃO Thalita Mesquita Gerente de Qualidade -VITAL GESTÃO Sandra Gico Direção Técnica José Maria Sinimbu Superintendente Técnico	Vinícius Menezes Gestor de assistência e Qualidade Ristori Pinto Gerente de Qualidade	Evane Corbacho Presidente

0015490



Guia de Segurança da Informação

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

001550

Apresentação

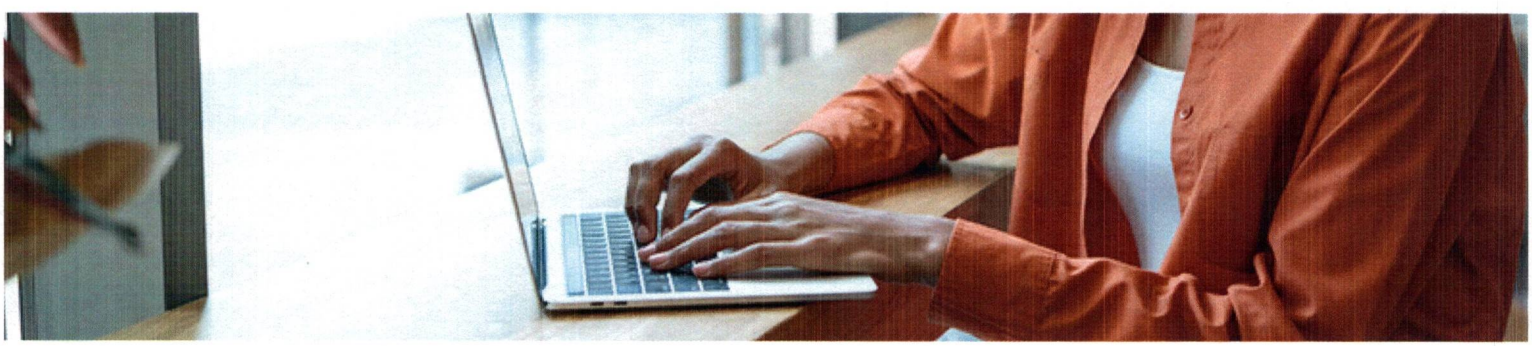
Vivemos na Era Digital, sendo a informação um dos ativos mais valiosos das organizações atualmente. Por isso, muitos especialistas do mercado afirmam que os dados são o novo petróleo, comparando-os ao valor que este possuía há um século, quando era considerado o recurso mais precioso do mundo.

No ISAC – Instituto Saúde e Cidadania, a informação é a base de todas as nossas operações. E, por esta razão, entendemos ser de suma importância implementar estratégias para prevenir incidentes, com monitoramento contínuo da operação. E, se detectadas eventuais falhas de controle, revemos os nossos processos a fim de evitar recorrências.

Todos nós, colaboradores do ISAC, prestadores de serviço, fornecedores, parceiros, associados e agentes públicos cedidos, somos responsáveis por essas informações nas nossas atividades diárias.

Como isso funciona na prática e como você deve agir para proteger os dados? É o que mostramos neste guia, que reúne orientações importantes sobre classificação e descarte de informação, acesso à rede ISAC e controle de acesso.

Sempre que tiver dúvida a respeito, você pode consultar este guia ou entrar em contato com a área de Segurança da Informação pelo e-mail **privacidade@isac.org.br.**



001551

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

O que é segurança da informação?

A segurança da informação está relacionada a todas as práticas que adotamos para proteger os dados gerados, recebidos, analisados, processados e armazenados durante as nossas operações. As políticas institucionais de Segurança da Informação, Classificação de Informação e de Comunicação Integrada são exemplos dessas estratégias no ISAC.

Com isso, o nosso objetivo é evitar situações como as listadas a seguir.

- Roubo, sequestro, perda e vazamento de informações e dados;
- Redução de desempenho dos equipamentos;
- Ataques a estações de trabalho ou servidores internos;
- Exposição indevida da privacidade de usuários, pacientes e colaboradores.

Classificação da informação

Para termos um melhor controle do fluxo de informações dentro e fora do ISAC, todos os documentos, arquivos, imagens e vídeos que produzirmos deverão ser catalogados conforme a Política de Classificação da Informação. Segundo ela, existem três classificações da informação: confidencial, interna e pública. A seguir detalhamos cada uma delas.

Confidencial

É o conteúdo que apresenta alto risco para nós do ISAC, caso terceiros tenham acesso. Por isso apenas os colaboradores autorizados podem ter contato com essas informações, sendo vedado o seu compartilhamento. O uso de descarte seguro é obrigatório nesses casos.
Exemplos: dados de pacientes e folha de pagamento.

Interna

É o conteúdo que apresenta médio risco para o ISAC, caso terceiros tenham acesso. Nesses casos, apenas os nossos colaboradores podem ter acesso ao conteúdo. Porém, se autorizado, esses dados podem ser compartilhados com terceiros. Além disso, nesta classificação, o uso do descarte seguro é aconselhável.
Exemplos: Políticas internas.

Pública

É o conteúdo livre de risco para o ISAC, caso terceiros tenham acesso. Sendo assim, é permitido o compartilhamento da informação com qualquer pessoa. Por isso, cuidados adicionais são dispensáveis.
Exemplo: Balanço.

Instalação de aplicativos e sistemas sem homologação

Precisa usar algum aplicativo ou sistema fora do padrão instalado nos computadores do ISAC? Então, é necessário acionar a Gerência de Tecnologia da Informação. Somente ela pode verificar a segurança, testar e autorizar a instalação desses dispositivos nas máquinas da instituição.

Para entrar em contato com a área, você deve enviar um e-mail para coord.ti@isac.org.br, informando o nome da ferramenta da qual precisa e o motivo do seu uso.

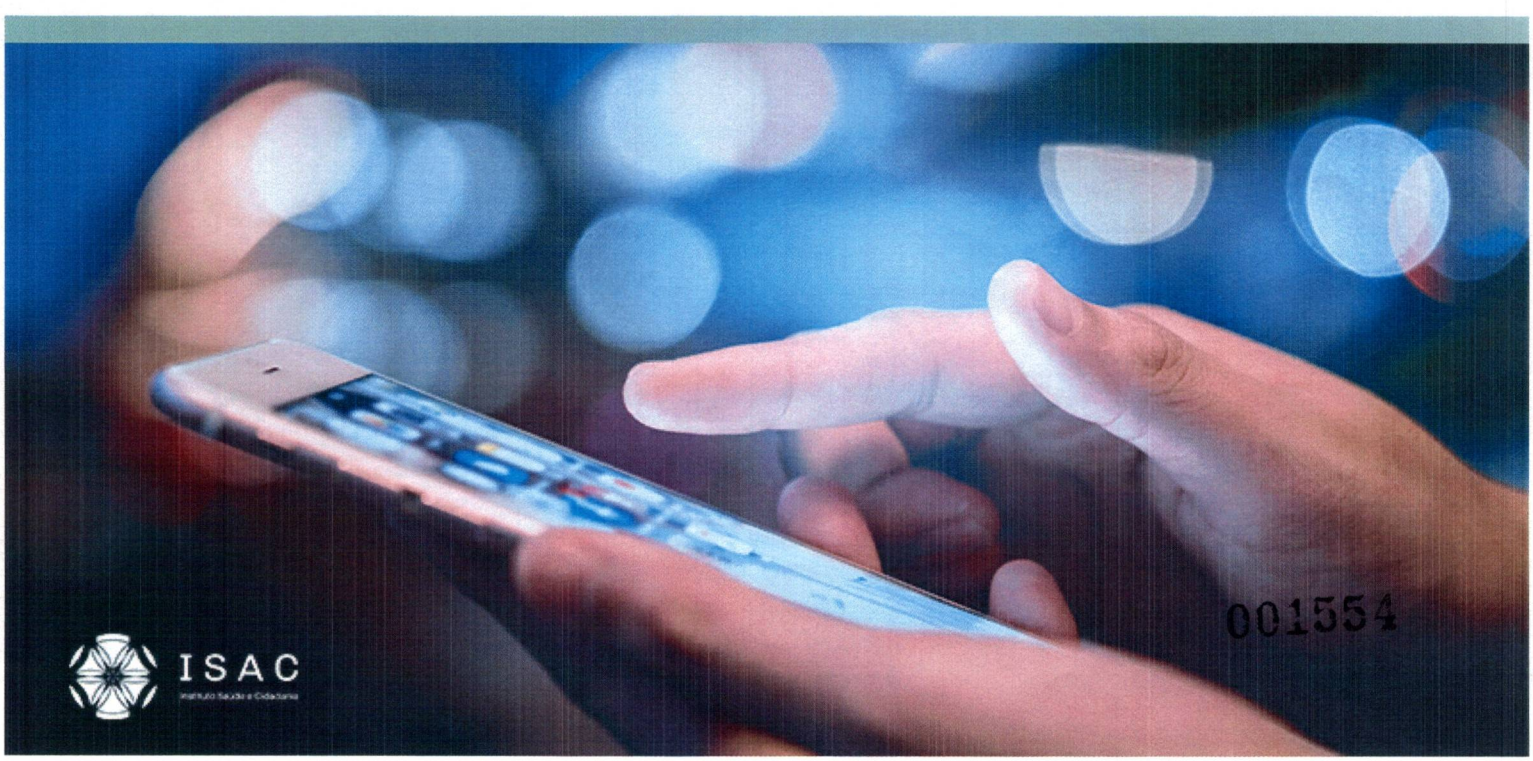
Acesso à internet

Quando estiver usando a internet corporativa, cuidado com os conteúdos acessados. Sites relacionados a jogos, apostas, redes sociais e pornografia são proibidos.

Por eles serem inapropriados para o ambiente de trabalho, a Gerência de TI bloqueia automaticamente a visualização desses sites. E, mesmo que ocorra uma falha neste controle, a proibição continuará valendo.

Dispositivos pessoais

É vedada a conexão de dispositivos pessoais na nossa rede corporativa como uso de smartphones e pen drive.



Liberação de acessos

Os acessos aos nossos sistemas devem ser compatíveis com as atividades que executamos.

Controle de acesso

Sempre que acessarmos os sistemas do ISAC e a estação de trabalho, as credenciais de controle de acesso serão solicitadas, no caso, é uma senha para uso individual, intransferível e restrito. Esta senha deve ser alterada a cada 90 dias, no mínimo, ou sempre que achar necessário. Lembrando que é importante usar senhas diferentes para utilizar os sistemas.

Sobre a criação e uso desta senha, aqui vão algumas orientações:

- É importante criar senhas seguras, que são aquelas difíceis de serem descobertas por outros usuários. Por isso, jamais use sequências de letras, números ou do próprio teclado;

- Também devemos evitar usar dados pessoais ou de conhecidos, como nome ou sobrenome, data de nascimento, números de documentos, telefone e, até mesmo, palavras comuns;

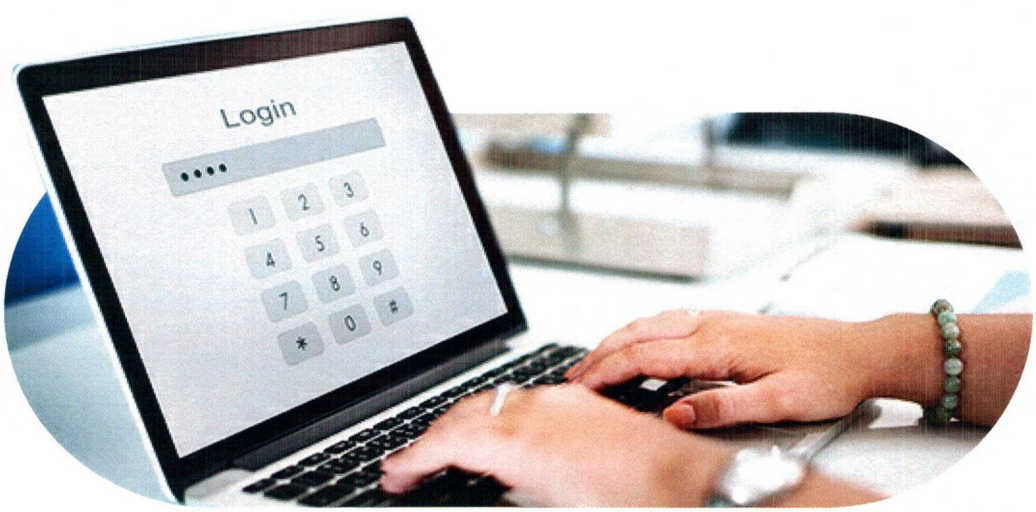
- Outra dica é misturar letras maiúsculas e minúsculas, números e caracteres especiais. Quanto mais caracteres você usar, mais difícil será para descobrirem a sua senha;

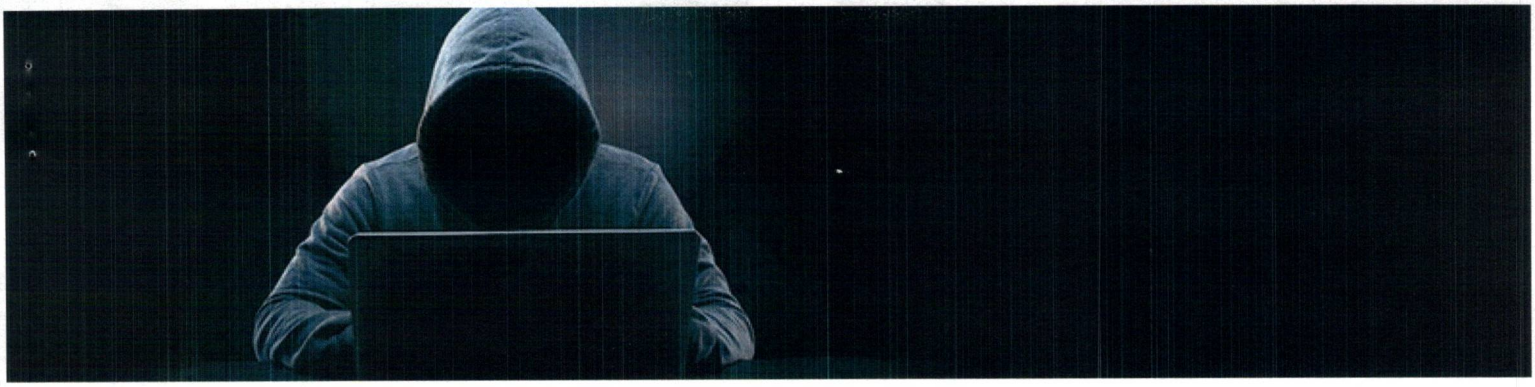
- São exemplos de senhas frágeis: joao52 e fusca987. E de senhas seguras: *V1d@$850# e M;?_MR275;

- Pronto! Criou uma nova senha? Guarde a informação em um lugar seguro, evitando anotá-la em locais de fácil acesso, como post it, cadernos e agendas;

- Cuidado com o compartilhamento da senha. Todos nós somos responsáveis pelas ações decorrentes do uso de nosso login e senha;

- Vai se afastar da área de trabalho? O computador deve ser bloqueado para acesso.





Descarte de informações

Dependendo da classificação da informação, o descarte dos dados pode ser obrigatório, aconselhável ou dispensável. Quando ele for necessário, deve ser feito de forma segura, pois, mesmo após o uso, os dados continuem tendo valor.

No caso das informações físicas, o ideal é que sejam descartadas impossibilitando a sua recuperação posterior. Por exemplo, as que estiverem impressas em um papel podem ser picotadas. Já os dados digitais devem ser sobrescritos, impossibilitando a recuperação de qualquer informação gravada na nossa rede corporativa.

Programas maliciosos

Os programas maliciosos, ou malwares, são códigos criados para invadir, atacar ou espionar dispositivos e computadores. Os tipos mais comuns são:

- **Vírus**: infecta o computador e se replica pela própria ação do computador infectado;
- **Cavalo de Troia**: invade o computador e pode alterar, apagar e copiar dados do sistema independente do consentimento do usuário;
- **Backdoors**: aproveita uma falha de segurança para controlar o computador remotamente;
- **Keylogger**: é capaz de capturar e armazenar as teclas digitadas pelo usuário.

001557
ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Para impedir o acesso desses programas à nossa rede e sistemas, devemos ter um antivírus sempre atualizado e adotar práticas de prevenção, como:

- Evitar clicar em links suspeitos;
- Descartar, sem abrir, arquivos de origem duvidosa e e-mails de desconhecidos e anexos (fotos, vídeos, etc.);
- Sempre devemos verificar a origem dos e-mails. Exemplo: um e-mail cujo título seja "Seu informe de rendimentos do Banco do Brasil" deverá ter como remetente algo como "contato@bb.com.br", em vez de "07596234849@gmail.com";
- Livrar-se de programas piratas;
- Evitar sites suspeitos;
- Ter cuidado com pen drives de desconhecidos.

Dados pessoais

Em setembro de 2020, a LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados entrou em vigor no Brasil. Ela trata da importância da preservação da privacidade das pessoas físicas, especialmente por parte das organizações.

Nós do ISAC estamos sujeitos a esta lei. Por isso, temos o dever de resguardar as informações que coletamos sobre nossos pacientes, colaboradores, prestadores de serviço e fornecedores.

Lembrando que dados pessoais vão muito além do que comumente se pensa. Em geral, acredita-se que eles se relacionam somente a informações como nome, CPF, e-mail, endereço e telefone. O fato é que esse termo abrange outros dados ligados à intimidade, como religião, opinião política, orientação sexual, condição de saúde e hábitos esportivos.

Como protegê-los?

- Devemos manter sempre a mesa limpa, livre de documentos à vista;

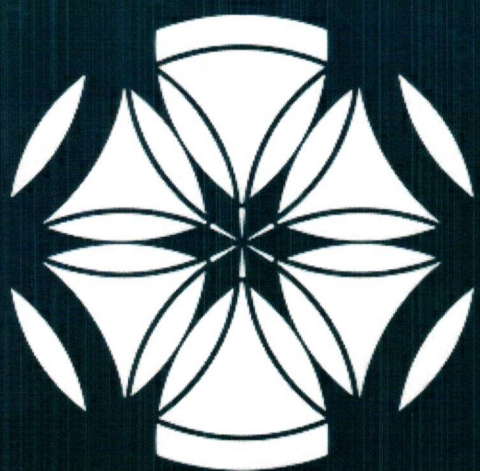
- Também evitando o compartilhamento de informações confidenciais e internas sem autorização;

- Deixando de usar pen drive ou outros dispositivos pouco confiáveis na nossa estação de trabalho (computador);

- Armazenando os dados das nossas atividades na rede interna do ISAC, em vez de guardá-los no disco local (drive C);

- Descartando informações destinadas a outra pessoa;

- Evitando o compartilhamento de fotos de prontuários, receituários, diagnósticos e exames em redes sociais e aplicativos de mensagens.



ISAC

Instituto Saúde e Cidadania

001560

1. OBJETIVO

Visa promover a segurança do paciente e aumentar a eficiência na cadeia medicamentosa por meio do mapeamento do fluxo de valor, mapeamento dos processos, riscos e barreiras na busca a melhorias contínuas relacionadas a farmacoeconomia, alinhados a missão e valores institucionais.

2. APLICABILIDADE

As diretrizes desta política têm aplicabilidade a todos os colaboradores do Instituto Saúde eCidadania – ISAC, administradores, prestadores de serviços, parceiros associados devendo ser zelada por todos no cumprimento e aplicação.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 Diretrizes na prevenção de erros de medicação associados a abreviaturas, siglas e símbolos

- Estabelecer medidas preventivas no uso de abreviaturas, siglas, símbolos, expressões de doses confusas ou qualquer outra forma de escrita abreviada em prescrições (grafadas, digitadas, informatizadas ou verbais), no processo de utilização de medicamentos;
    - Elaborar e divulgar lista de abreviaturas, siglas e símbolos perigosos cuja utilização é proibida e permitir fácil acesso nos diferentes setores da instituição esclarecendo os riscos de erro de medicação;
- Avaliar e recusar prescrições ilegíveis ou contendo abreviaturas e siglas proibidas sendo retificadas antes da realizar a dispensação;
- Orientar o paciente e a equipe de enfermagem e farmácia a nunca tentar deduzir o significado de qualquer abreviatura presente em uma prescrição e acionar o prescritor parao significado;

- Abolir nomes de medicamentos abreviados ou fórmulas químicas para designá-los; doses expressas sem a utilização do zero antes da casa decimal, à esquerda do número (exemplo: nunca escrever ",5 miligramas"; escrever sempre "0,5 miligramas"); doses expressas utilizando o zero após a casa decimal, à direita do número quando este for inteiro (exemplo: nunca escrever "5,0 mililitros"; escrever sempre "5 mililitros"); abreviaturas U (unidades) ou UI (unidades internacionais) devido ao risco de equívoco de interpretação (confusão com o numeral "0") e consequente multiplicação da dose por dez; treinar os profissionais de modo a estabelecer uma cultura de segurança, ressaltando a importância de medidas para evitar erros de medicação.

4.2 Qualificação e Avaliação de Fornecedores

Todos os fornecedores homologados pela instituição passam por qualificação técnica documental, via sistema eletrônico, no momento de aquisição conforme diretrizes da *Política Compras Contratações e Alienações*. Fornecedor crítico deverá receber visita presencial, com análise de documentos e análise estrutural, realizada por equipe qualificada por meio dos padrões da *Visita Técnica de Fornecedores*. A avaliação do fornecedor terá início na sede, no ato da aquisição as notas fiscais serão enviadas às unidades para inspeção no recebimento e lançadas no sistema eletrônico para acompanhamento da sede e análise dos dados de acordo com o *POP Qualificação Fornecedores*. Todas as não conformidades encontradas no processo de avaliação de fornecedores serão notificadas, e o indicador de performance, acompanhado mensalmente.

4.3 Aquisição

A aquisição de materiais e medicamentos, é realizada a partir da solicitação de compra baseada no consumo enviada das unidades locais para a sede de acordo com *Fluxo de Aquisição*. Deve ser informado, no momento da aquisição, 3 opções de marcas já validadas, e o tipo de compra (emergencial ou reposição por empréstimo). Compras emergenciais locais poderão ser realizadas,

tendo como base as diretrizes do *Plano de Contingência e POP Qualificação de Fornecedores,* mediante a apresentação de três propostas, analisando menor custo, menor prazo de entrega, e respeitando a validade dos produtos que deve ser menor do que 12 meses. As normas de alçada devem ser consultadas para compra padrão, não padrão, urgentes e para empréstimos, referenciado em *Normas de Aquisição e Política de Compras Contratações e Alienações.*

4.4 Padronização

A padronização de materiais e medicamentos é deliberada pela Comissão de Padronização, Farmácia e Terapêutica (CFT), levando em conta o perfil epidemiológico individual de cada unidade. Os critérios de inclusão de exclusão de medicamentos estão descritos no *Regimento Interno da Comissão de Padronização de Farmácia e Terapêutica,* e a cada alteração deverá ser atualizado o *Manual de Alerta para Medicamentos com Riscos Assistenciais*. O consumo e a lista atualizada com os medicamentos e materiais padronizados deverá ser enviado a SEDE trimestralmente de acordo com o *Fluxo de Inclusão e exclusão de materiais e medicamentos*. A *Lista de Medicamentos Padronizados* na instituição deve ser de fácil acesso às equipes médicas e assistencial.

4.5 Recebimento

O recebimento de materiais e medicamentos é realizado de acordo com a nota fiscal e mercadorias, no momento da entrega, é realizada a inspeção visual dos materiais e medicamentos junto a nota fiscal atendendo ao *Fluxo de Recebimento de Materiais e Medicamentos,* e em caso de não conformidades, a SEDE deverá ser comunicada de acordo com o *POP de Qualificação de Fornecedor.* A entrada da nota fiscal é realizada via sistema, contemplando lote e validade dos produtos, garantindo o processo de rastreabilidade. A nota fiscal é atestada e enviada ao financeiro da unidade local.

4.6 Central de Abastecimento Farmacêutica

A Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF), é o local de recebimento, armazenamento e distribuição de materiais e medicamentos. O estoque será acondicionado conforme *POP Armazenamento de Materiais e Medicamentos e* o ambiente deverá ter temperatura ideal de acordo com *POP Controle de Temperatura e umidade ambiente*. O acondicionamento dos produtos deve acontecer conforme endereçamento estabelecido via sistema, respeitando o PVPS, "Primeiro que Vence, Primeiro que Sai", identificando os itens com etiqueta na cor amarela. Os medicamentos de alta vigilância, embalagens e nomes semelhantes e antibióticos são armazenados segregados dos demais. Os materiais e medicamentos de empréstimo e/ou permuta, devem ser retirados do estoque do CAF.

4.7 Fracionamento e Identificação

O processo de fracionamento e identificação de medicamentos acontece logo após envio da central de abastecimento farmacêutico (CAF) ao estoque da farmácia. Os medicamentos são fracionados em embalagens individuais, com código de barras respeitando o lote e validade conforme estabelecido no *POP de Fracionamento*. Os medicamentos controlados pela portaria 344/98, alta vigilância, antibióticos, recebem os alertas específicos de acordo com a padronização institucional descrito no *POP de Medicamentos da Portaria 344/98* e ao fracionar deverá ser registrado no *Livro de Registros de Medicamentos Fracionados.* Após concluído, o processo é validado pelo farmacêutico, e os medicamentos são distribuídos aos locais de estoque.

4.8 Farmácia (Armazenamento)

A farmácia armazena os materiais e medicamentos recebidos do setor da central de abastecimento de acordo com o *POP de Armazenamento de Materiais e Medicamentos,* separando-

os por endereçamento eletrônico e o primeiro que vence é o primeiro que sai (PVPS). Os termolábeis receberão os cuidados necessários conforme direcionados no *POP de Recebimento e Armazenamento de Termolábeis/Checklist de termolábeis.* O Ambiente da Farmácia requer higiene e organização constante e para realização deverá atentar aos *POP's, de Limpeza dos Bins, Controle de Temperatura do Ambiente e Geladeira* e *POP de Identificação de Materiais e Medicamentos por Código de Barras*. Os medicamentos controlados pela portaria 344/98 (Alta vigilância e antibióticos) devem receber os alertas específicos de acordo com a padronização institucional por meio do *POP Controle Medicamentos Portaria 344/98.*

4.9 Dispensação

A dispensação é realizada a partir de uma prescrição médica ou requisição para setores através de código de barras, descrito no *POP de Dispensação de Medicamentos e POP - Identificação de Materiais e Medicamentos por Código de Barras*. O farmacêutico realiza a avaliação técnica da prescrição médica, validando os critérios como dose conforme peso, posologia, via, frequência, diluição, interação medicamentosa, e valida medicamentos de uso próprio se necessário terá como fonte de pesquisa o *Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.* As doses são dispensadas de maneira individualizada, juntamente com a etiqueta de identificação e rastreabilidade. Os medicamentos controlados pela portaria 344/98 e de alta vigilância devem ser dispensados em mãos ao enfermeiro, devendo ser mantido em guarda segura nos postos de enfermagem, até horário da administração conforme padrão do *FLU- Fluxo de dispensação para psicotrópicos e medicamentos de alta vigilância e termolábeis*. A dispensação será de 6/6hras e não será permitido estoque de medicamentos nos setores.

4.10 Distribuição

O processo de distribuição está relacionado ao atendimento de requisição de materiais e medicamentos para unidades (obs.: medicamentos apenas multidose), e abastecimento dos carros

de emergência descrito *no POP de Conferência do Carro de Emergência* e *Fluxo de Abastecimento do Carro de Emergência* e *Fluxo de Dispensação para Psicotrópicos e Medicamentos de Alta Vigilância e Termolábeis*. Os estoques das unidades são atendidos conforme padrão pré-estabelecido e os carros de emergência são repostos conforme utilização, *Checklist de Reposição Carro de Emergência*, e solicitação realizada pela equipe de enfermagem, mantendo a rastreabilidade dos itens.

4.11 Preparo e Administração

O preparo dos medicamentos para administração acontece a partir da prescrição médica, com a confirmação da meta 1 de segurança do paciente, inclusão dos rótulos com as etiquetas de identificação e a execução dos "Nove Certos" conforme descrito no "*POP Nove Certos*". Os medicamentos termolábeis devem ser retirados na farmácia no momento da administração, assim como os medicamentos trazidos pelo paciente, já validados pelo farmacêutico. O *Guia de Diluição* e *POP Fracionamento de Medicamentos Sólidos Orais* serão instrumento de referência e deverá estar de fácil acesso. A dupla checagem deve ser realizada para os medicamentos de alta vigilância, assim como os cuidados no armazenamento e na devolução, seguindo em gavetas separadas dos demais medicamentos. Os cuidados de enfermagem relacionados a via de administração de medicamentos devem ser estabelecidos, *e o paciente* deve ser informado dos possíveis efeitos colaterais. A equipe deverá basear nos padrões de referência, *POP de Validade de Dispositivos*, *POP de Higiene das Mãos*, *Protocolo de Prescrição Uso e Administração de Medicamentos*, *POP Prevenção de Iras e Manual de Controle de Infecção.*

4.12 Devolução

Os materiais e medicamentos são devolvidos à farmácia pela equipe de enfermagem via sistema eletrônico, com a justificativa pelo qual não foram utilizados e relacionando quantidades conforme *POP de Devolução de Materiais e Medicamentos*. Os medicamentos de alta vigilância e

controlados pela portaria 344/98 devem ser segregados dos demais, e serão retirados pela equipe de farmácia a cada entrega de turno mantendo rastreabilidade de acordo com *Protocolo de Identificação Segura.*

4.13 Descarte

Todos os medicamentos comuns e materiais, devem ser descartados em caixa perfurocortante de cor amarela, incluindo vencidos, danificados e quebrados. Os medicamentos controlados pela portaria 344/98 devem ser descartados em caixa perfurocortante de cor amarela de maneira **segregada,** baixa via sistema eletrônico deve ser realizada com justificativa de motivo, quantidade, lote e validade. Posteriormente, o descarte deve ser protocolado na vigilância sanitária e recolhido pela empresa de logística ambiental local e as diretrizes para realização estão estabelecias em *POP Medicamentos Vencidos, PGRSS,* e *POP - Descarte de Medicamentos Controlados.*

4.14 Solicitação de Compras

A solicitação de compras de materiais e medicamentos é realizada a partir da posição de estoque, de acordo com o consumo, tendo como suporte a Acurácia de Estoque. Em casos excepcionais, é possível aquisição de empréstimo via rede, até a formalização do pedido via e-mail ao departamento de compras. As compras de urgência são realizadas mediante a justificativa, para os casos de materiais com desvio de qualidade, é utilizado a segunda opção de marca sugeridas para próxima aquisição. As diretrizes para realização da atividade estarão descritas na *Política de Compras, Contratações e Alienações, POP de Qualificação de Fornecedores e Plano de Contingência.*

4.15 Reconciliação Medicamentosa

A reconciliação medicamentosa deve ser realizada nos três pontos de cuidados: admissão, transferência e alta. A reconciliação de admissão é realizada a partir da prescrição médica, anamnese médica e histórico de enfermagem. O farmacêutico compara a prescrição médica, com os medicamentos de uso habitual, de acordo com dose, diluição, posologia, forma farmacêutica, via e tempo de administração. A visita ao paciente ocorre conforme necessidades específicas e o *POP de Reconciliação Medicamentosa* apoiará as diretrizes para realização da atividade. A equipe de enfermagem aciona o farmacêutico na necessidade de validação de medicamentos de uso próprio, para que seja realizado o processo de validação dos medicamentos, os mesmos são devolvidos no momento da alta e o *Fluxo de Reconciliação Medicamentosa* direciona para este processo.

A reconciliação medicamentosa de transferência acontece em todos os momentos em que o paciente muda de setor de cuidado intra-hospitalar, realizando um comparativo da prescrição de internado do setor de origem, com a nova prescrição e os medicamentos de uso habitual, e a reconciliação de alta, é realizada partir do comparativo do receituário de alta, medicamentos utilizados intra-hospitalar e medicamentos utilizados previamente à internação. Para todas as fases de reconciliação a integração da equipe média e farmacêuticas deve acontecer se resguardando no preenchimento do *Formulário de Reconciliação Medicamentosa, no Temo de Responsabilidade de Medicamentos Próprio* e preservando a efetividade do processo e segurança do paciente.

4.16 Análise Técnica de Prescrição

Todas as prescrições médicas passam pela análise técnica do farmacêutico, onde são avaliados critérios como dose conforme peso, via, posologia, interação medicamentosa e interação fármaco nutriente, alergia e tempo de terapia antimicrobiana. As intervenções farmacêuticas são realizadas via contato telefônico com o médico responsável pelos pacientes, as condutas registradas em prontuários, a seguir, as prescrições são liberadas para separação e unitarização.

4.17 Farmácia Clínica

O processo de farmácia clínica se inicia com a análise técnica da prescrição e anamnese do paciente, onde é realizado o planejamento do cuidado de acordo com o tempo de tratamento conforme padrões definidos no *POP de Farmácia Clínica*. Os pacientes com os critérios pré-estabelecidos pelo serviço de farmácia clínica, recebem visita diária pelo farmacêutico. A participação na visita multiprofissional acontece para a elaboração do plano terapêutico, e acompanhamento contínuo do paciente, bem como a reconciliação medicamentosa nos três pontos (admissão, transferência e alta), validação de medicamentos domiciliar, acompanhamento de exames laboratoriais, atuação nos protocolos institucionais, acompanhamento de reações adversas a medicamentos e orientação de alta conforme referenciado no *POP Roteiro de Visita Multiprofissional* e *Fluxo de Plano de Alta*. Todas as condutas são registradas em evolução farmacêutica e subsidiadas pelo direcionamento da *Política de Registro Seguro.*

4.18 Farmacovigilância

Farmacovigilância é definida como "a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos". Cabe à farmacovigilância identificar, avaliar e monitorar a ocorrência dos eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos comercializados no mercado, com o objetivo de garantir que os benefícios relacionados ao uso desses produtos sejam maiores que os riscos por eles causados.

Além das reações adversas a medicamentos, são questões relevantes para a farmacovigilância: eventos adversos causados por desvios da qualidade de medicamentos, inefetividade terapêutica, erros de medicação, uso de medicamentos para indicações não aprovadas no registro, uso abusivo, intoxicações e interações medicamentosas. Ao identificar possíveis reações adversas a medicamentos, a equipe de enfermagem aciona a farmácia por meio do *Fluxo de Acionamento para Farmacovigilância e* é realizado o acompanhamento pelo

farmacêutico das possíveis causas e discussão com o médico para suspensão ou monitoramento dos medicamentos envolvidos. A busca ativa de medicamentos gatilhos é realizada para o monitoramento de reações não notificadas e registradas no *Formulário de Farmacovigilância e Tecnovigilância*. Todas as reações devem ser notificadas ao laboratório e ao núcleo de segurança do paciente (NSP), para tratativa das ações e acompanhamento do desfecho. A Tecnovigilância compreende o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes, produtos para diagnóstico de uso "*in-vitro*") disponibilizados no mercado, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a segurança sanitária do uso desses produtos na promoção e proteção da saúde da população. Neste sentido as medidas adotadas no Instituto para realização e acompanhamento estão registradas no *POP de Farmacovigilância e Tecnovigilância* de forma que a continuidade da cultura de notificar será realizada por meio do *Programa de divulgação da promoção do cuidado e da segurança do paciente.*

Os materiais e medicamentos com desvio de qualidade são enviados à farmácia, e em caso de reincidência, são armazenados em quarentena até nova aquisição de compra de lote ou fornecedor diferente do atual. Todas as atividades são registradas em prontuário eletrônico, acompanhadas pelo NSP, notificadas ao laboratório e à vigilância sanitária.

4.19 Prescrição

As prescrições médicas são realizadas a partir da triagem e análise do prontuário do paciente, onde é feita a análise de riscos individuais, análise de alergias, análise de medicamentos de uso domiciliar e processo de reconciliação medicamentosa. A prescrição deverá basear na *Lista de Medicamentos Padronizados* e quando houver necessidade de mudança deverá seguir o *Fluxo Inclusão e Exclusão de Materiais e Medicamentos.*

4.20 Aprazamento

O aprazamento é realizado pelo enfermeiro a partir da prescrição médica. Deve-se realizar a identificação segura de acordo com *Protocolo de Identificação Segura*, conhecer a ação do medicamento que está sendo administrado avaliando os nove certos, no documento padrão, *POP Nove certos,* e adequando os horários de administração de medicamentos de acordo com os padrões da unidade e necessidades dos pacientes, respeitando as interações medicamentosas, interações fármaco nutriente, implementando barreiras nos processos para segurança necessárias.

4.21 Plano de Alta

O planejamento e preparo para alta, iniciam com o paciente ainda internado, em um processo de educação e orientação. A atuação do profissional farmacêutico junto ao paciente em alta hospitalar diminui as diferenças entre regimes terapêuticos pré e pós-hospitalização, melhora a adesão à terapia, reduz o surgimento de eventos adversos relacionados a medicamentos e diminui a necessidade de novas internações. O farmacêutico é acionado seguindo *o Fluxo de Acionamento para Plano de Alta,* avalia o histórico do paciente, orienta sobre os medicamentos utilizados na alta e possíveis reações, faz a devolução dos medicamentos recolhidos na admissão do paciente, entrega os *folders* informativos de cuidados com antibióticos e polifarmácia. Toda a ação deve basear no POP de Reconciliação Medicamentosa.

4.22 Uso Seguro de Amostras Grátis

Adota se o fluxo seguro de amostras grátis de medicamentos em todas as unidades do Instituto. As doações deverão ser controladas pela farmácia com entrada no sistema na opção movimento, entrada de doações recebidas. As Comissões de Farmácia e Terapêutica das unidades devem estabelecer junto aos responsáveis técnicos da farmácia os critérios para o recebimento e dispensação das amostras grátis prescritas pelo médico, designando responsável para o cumprimento desses

critérios, além do armazenamento e controle do prazo de validade das amostras conforme descrito no *POP Uso Seguro de Medicamentos de Amostras Grátis.*

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor
04/05/2022	4.22 Uso Seguro de Amostras Grátis	Ristori, Maria da Paixão, Gabriela Dantas

6. APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso Técnico	Consenso de Qualidade	Aprovador
Ristori G. Pinto Gerente de Qualidade	José Maria Sinimbu Superintendente Técnico	Daiane Leite Thalita Mesquita Gerente de Qualidade	Evane Corbacho Presidente

Política de Sustentabilidade Financeira

1. Objetivo

Estabelecer princípios, diretrizes, premissas, conceitos, orientações, critérios e exigências, a fim de garantir que a gestão dos recursos financeiros seja realizada de forma eficiente e eficaz, e esteja alinhada às proposições éticas, de integridade, legais e socioambientais, bem como à transparência e a de prestação de contas.

Aperfeiçoar os processos de execução, de controle, contabilização, avaliação e monitoramento das operações financeiras, visando auxiliar as tomadas de decisão.

2. Aplicabilidade

Esta Política é de abrangência institucional e possui caráter instrucional, aplicando-se à Sede, Filiais e Unidades geridas ou administradas pelo ISAC, nas relações comerciais com recursos próprios, ou de Contrato de Gestão, ou de Termos e Colaboração, Convênios ou Congêneres.

3. Descrição Detalhada das Atividades

3.1. Definições e Siglário

ISAC: Instituto Saúde e Cidadania.

POL: Política.

SUF: Sustentabilidade Financeira.

Custos: É a soma dos gastos incorridos e necessários para atingimento da atividade-fim e compreende os gastos incorridos na sua gestão ou administração, de modo a colocá-los em condições de serem transformados ou na prestação de serviços que façam parte do objeto social da entidade.

Receitas: São recursos provenientes de Contratos de Gestão, ou de Termos de Colaboração, ou de Convênios e Congêneres, parcerias de atividades assistenciais, educacionais e científicas, prestação de serviços de saúde em unidades públicas, próprias ou de terceiros, bem como contribuições voluntárias e doações de pessoas físicas ou jurídicas e de outras naturezas desenvolvidas pelo Instituto em conformidade com o Estatuto Social.

Despesas: São os gastos relacionados à gestão/administração das unidades sob responsabilidade do ISAC, necessárias para que se concretize a entrega dos serviços propostos.

3.2. Princípios

As ações desenvolvidas pelo Setor Financeiro do ISAC são pautadas pelos seguintes Princípios:

I. Ética, Conduta e Integridade;

II. Legalidade e Moralidade;

III. Profissionalismo;

IV. Pontualidade;

V. Transparência;

VI. Confiabilidade e Segurança;

VII. Qualidade e inovação: busca da melhoria contínua;

VIII. Respeito com os profissionais e com a coisa pública.

3.3. Diretrizes

É atribuição privativa da Diretoria Executiva a aprovação desta Política para realização da gestão dos recursos financeiros.

As diretrizes estabelecidas neste documento devem ser observadas por todos os integrantes do Instituto envolvidos na gestão dos recursos financeiros, visando ampliar, otimizar e

fortalecer a participação do ISAC no âmbito do Terceiro Setor através da eficiência e equilíbrio de suas finanças.

As seguintes diretrizes serão instrumentos de orientação para a gestão dos recursos financeiros do Instituto.

3.3.1. Diretriz Econômica

A administração financeira das contas do Instituto deverá possibilitar que as finanças sejam planejadas, executadas e controladas visando assegurar a sustentabilidade financeira e a continuidade assistencial, além de proporcionar que os registros financeiros reflitam adequadamente as transações e as posições contábeis.

Para essa diretriz deverão ser observadas as seguintes premissas:

I. Manter a saúde financeira das Unidades, visando o desenvolvimento da saúde local e socioambiental;

II. Alocar recursos financeiros de forma a assegurar o alcance dos resultados estabelecidos nos Contratos de Gestão/Termos de Colaboração/Convênios/Congêneres;

III. Honrar os compromissos assumidos pelo ISAC;

IV. Elaborar e monitorar indicadores para alcance de resultados, a fim de minimizar os riscos inerentes às atividades, bem como aprimorar o processo de controle.

3.3.2. Diretriz de Transparência

A sustentabilidade financeira está alinhada aos mecanismos de transparência, onde os resultados da gestão são disponibilizados através de publicações de prestações de contas e de documentos contábeis, demonstrando compromisso do ISAC em divulgar suas práticas e desempenho.

Nessa diretriz deverão ser seguidas as seguintes premissas:

I. Promover transparência quanto às demonstrações financeiras e contábeis, práticas e desempenho do Instituto junto às partes interessadas, com atualização em sítio próprio;

II. Garantir a integridade e veracidade das demonstrações financeiras e contábeis do Instituto;

III. Divulgar informações e as ações realizadas de forma transparente e sistematizada, observando-se os princípios de confidencialidade, sigilo e segurança das informações do Instituto;

IV. Elaborar prestação(ões) de contas e publicar o(s) respectivo(s) relatório(s) em atendimento às exigências legais e do contratante.

3.3.3. Diretriz Orçamentária

Com foco na sustentabilidade financeira do Instituto, tem como finalidade orientar a elaboração, o acompanhamento e o cumprimento dos orçamentos de cada uma das Unidades, sejam os vinculados aos projetos iniciais ou promovendo ajustes necessários para os em andamento, incluindo-se a Sede.

Para essa diretriz são consideradas as seguintes premissas:

I. Elaborar anualmente e cumprir o planejamento orçamentário de cada Unidade;

II. Acompanhar os custos, as despesas e as receitas, cuidando para a maior eficiência do uso dos recursos financeiros, bem como adotar medidas no caso de necessidade de revisão dos compromissos e atualização do valor do Contrato de Gestão, ou do Termo de Colaboração, ou do Convênio e Congênere, visando o equilíbrio financeiro da parceria, e

III. Adotar ações no caso de não recebimento das subvenções nos prazos definidos nos Contratos de Gestão/Termos de Colaboração/Convênio/Congênere.

3.3.4. Diretriz Financeira

Visa lidar com as finanças do Instituto de forma transparente, responsável, gerencial e organizada, a fim de verificar a aderência ao orçamento, alcance das metas definidas, bem como a manutenção da perenidade do projeto.

Para essa diretriz foram estipuladas as seguintes premissas:

I. Estabelecer conjunto de ações e controles para embasar a tomada de decisões alinhadas aos princípios da eficiência, eficácia e equilíbrio financeiro;

II. Administrar receitas, custos e despesas, visando possibilitar a manutenção sustentável do Instituto;

III. Acompanhar a movimentação financeira de cada projeto em relação ao orçamento e retornar *feedback* para os gestores de cada unidade, com cópia para a Tesouraria do Instituto;

IV. Elaborar metas e indicadores, acompanhar seus resultados e retroalimentar o processo com o aprendizado obtido;

V. Realizar conciliações das movimentações financeiras das Unidades e promover ajustes quando necessários;

VI. Fazer provisão de recurso mensalmente para arcar com obrigações trabalhistas, previdenciárias e fiscais.

3.3.5. Diretriz de Riscos

O ISAC implementará Política de Gestão de Riscos, onde serão estabelecidos mecanismos que permitam, sistematicamente, identificar e avaliar a frequência e as consequências de eventos indesejáveis, objetivando a sua prevenção e/ou mitigação de seus efeitos.

Para essa diretriz foram estipuladas as seguintes premissas:

I. Assumir posição conservadora diante de transações/operações que envolvam risco de crédito, liquidez de mercado (cambial, juros e preços);

II. Padronizar e orientar os procedimentos do processo de pagamento para minimizar as ocorrências de falhas operacionais;

III. Segregar as funções de compras e pagamentos para minimizar as ocorrências de fraudes e falhas operacionais;

IV. Armazenar documentos financeiros e contábeis conforme previstos em normas regulamentares (risco legal);

V. Centralizar as movimentações bancárias na Sede do Instituto;

VI. Estabelecer provisionamento mensal para garantia de pagamento das despesas futuras com rescisões, impostos, encargos, férias, acordos trabalhistas e outras não mencionadas.

3.4. Leis e Regulamentos Aplicáveis

O ISAC tem como compromisso a promoção da gestão otimizada na área de saúde, com benefícios aos usuários, parceiros e instituições, visando à administração racional e eficiente dos recursos e de prestação de assistência de excelência. É também signatário do Pacto Global Rede Brasil, integrante dos projetos Hospitais Saudáveis e Ethos, que entre suas áreas de atuação está a Gestão para desenvolvimento sustentável.

Com esse enfoque, esta Política estabelece os princípios, diretrizes e premissas utilizados na gestão de recursos financeiros e de custos, na contabilidade e na controladoria.

Para o ISAC, sustentabilidade financeira descreve o equilíbrio das contas do Instituto, bem como a capacidade de manter, conduzir e prestar contas em alinhamento com a sua Missão e Visão, além de estar aderente à legislação e às exigências constantes em Contratos de Gestão/Termos de Colaboração formalizados com os Entes Públicos.

A presente Política guarda consonância com os seguintes dispositivos:

I. Lei nº 9.637/98, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais;

II. Lei nº 12.846/13, que definiu a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira;

III. Lei nº 13.709/2018, que trata da proteção de dados pessoais;

IV. Estatuto Social do Instituto Saúde e Cidadania;

V. Regimento Interno do ISAC;

VI. Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses;

VII. Política de Consequências;

VIII. Programa de Integridade;

IX. Política de Compras, Contratações e Alienações.

3.5. Disposições Finais

Esta Política de Sustentabilidade Financeira deve ser observada em consonância com as demais Políticas, programas normas e procedimentos adotados pelo ISAC, bem como legislação aplicada.

Os colaboradores do ISAC detêm a responsabilidade de promover a divulgação e a implementação de cada uma dessas diretrizes por meio de ações planejadas e integradas.

O descumprimento dos dispositivos desta Política implicará apuração de responsabilidade nos termos do Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses e da Política de Consequências do Instituto.

Os casos omissos ou que causem dúvidas na interpretação da presente Política serão resolvidos pela Diretoria Executiva do Instituto.

A presente Política entra em vigor na data de sua publicação no site do ISAC, revogando-se disposições anteriores ou em contrário.

4. Histórico de Revisão

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor

5. Aprovação

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
Karlos Monteiro Tesoureiro	Vinicius Menezes Gestor de Assistência e Qualidade	Evane Corbacho Presidente

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

REGIMENTO INTERNO DO INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA – ISAC

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

– CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1° O Regimento Interno do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) é regramento complementar ao Estatuto, elaborado com fulcro no Art. 31, inciso II do Estatuto Social, que tem como finalidade detalhar a organização, a estrutura de governança e os procedimentos internos da entidade.

Parágrafo Único. O Regimento do ISAC poderá ser modificado, a qualquer tempo, mediante deliberação por maioria de dois terços dos membros do Conselho de Administração.

Art. 2° A Assembleia Geral, o Conselho de Administração e a Diretoria Executiva são os órgãos diretivos do ISAC, e o Conselho Fiscal é o órgão responsável pela fiscalização, cabendo-lhe principalmente zelar pela boa gestão econômico-financeira do Instituto.

Art. 3° O prazo de duração do Regimento Interno é indeterminado.

DA FINALIDADE

Art. 4° O ISAC tem por finalidade principal a elevação da qualidade da assistência à saúde por meio de gestão diferenciada e focada no atendimento e nos resultados, incluindo a promoção de atividades científicas, de pesquisa, culturais, educacionais, sociais, de meio-ambiente, de cidadania e desenvolvimento socioeconômico e tecnológicas.

Parágrafo Único. Para atingir seu objeto social o ISAC poderá, sem que se constitua em limitação:

I. Promover gratuitamente a saúde e subsidiariamente de forma comercial, principalmente por meio da prestação de gestão em saúde, de serviços médicos, serviços ambulatoriais, serviços hospitalares e pré-hospitalares e afins a estes, observando-se a forma complementar de participação das organizações;

II. Promover ações e prestar serviços gratuitamente de atenção às necessidades do desenvolvimento humano e social, priorizando as pessoas que se encontram em situação de risco;

III. Promover o desenvolvimento integral do ser humano, através da busca e construção de propostas efetivas de promoção e proteção da vida individual e coletiva;

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

IV. Elaborar, promover, executar e apoiar estratégias e ações inovadoras visando o desenvolvimento humano e social nas áreas de atuação ora desenvolvidas;

V. Contribuir para o estabelecimento de políticas públicas e *programas intersetoriais nos níveis* Federal, Estadual e Municipal, visando garantir a universalidade e a qualidade da atenção ao ser humano e a proteção à sua família, na perspectiva de concretizar o direito e as oportunidades de acesso aos bens socioculturais necessários ao desenvolvimento humano e social;

VI. Promover o estabelecimento de intercâmbios, a produção de pesquisas e publicações, bem como a realização de eventos, reuniões, círculos de estudos, conferências, debates, cursos, palestras, seminários e outros afins, visando a divulgação de resultados observados nos seus projetos, a troca de informações e a construção/difusão de conhecimentos desenvolvidos pelo Instituto;

VII. Prestar serviços de apoio a outras organizações sem fins lucrativos e a órgãos do setor público que atuam em áreas afins;

VIII. Prestar serviços gratuitos, permanentes, e sem qualquer discriminação de clientela, na área específica de atendimento, àqueles que deles necessitarem;

IX. Celebrar parcerias, convênios e contratos com instituições governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, bem como solicitar e receber auxílios de órgãos públicos ou privados e as contribuições dos associados;

X. Manter publicações técnicas especializadas sobre trabalhos e assuntos relativos às suas atividades;

XI. Promover meios para o desenvolvimento de atividades extracurriculares, como colônia de férias, jardinagem, clubes, atividades culturais;

XII. Desenvolver quaisquer outras atividades correlatas, necessárias à realização dos objetivos da Instituição;

XIII. Praticar todos os demais atos direta ou indiretamente relacionados como seu objeto social.

Art. 5° Para os fins deste Regimento Interno, considera-se:

I. Sede/Matriz: unidade integrante da administração central do ISAC, tendo como atribuições prioritárias a gestão das finalidades do Instituto, o planejamento, a coordenação, o monitoramento, a articulação e a avaliação;

II. Unidades/Filiais: conjunto de unidades descentralizadas da Sede e vinculadas/administradas pelo ISAC, constituído por hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Ambulatórios Municipais de Especialidades (AMEs), Multicentros de Saúde e Leitos de UTI.

Art. 6º A execução das atividades do ISAC, por intermédio de suas Unidades descentralizadas, dar-se-á por meio da celebração de contrato específico para esse fim, nos termos da Lei nº 9.637/1998, exceto para unidades próprias.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

– CAPÍTULO II –

DOS ÓRGÃOS ESTATUTÁRIOS E REGIMENTAIS

SEÇÃO I

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 7º Para cumprimento de suas competências legais, o Instituto apresenta a seguinte estrutura de Governança:

Parágrafo Primeiro. Órgãos da Administração:

I. Conselho de Administração, e

II. Diretoria Executiva.

Parágrafo Segundo. Órgão de Fiscalização:

I. Conselho Fiscal, e

II. Controles Internos e Integridade;

Parágrafo Terceiro. Comitê no âmbito da Sede/Matriz:

I. Comitê de Ética;

Parágrafo Quarto. Comissões no âmbito das Unidades/Filiais:

I. Comissões de Ética (Médica, de Enfermagem e interna);

II. Comissões de Avaliação do Prontuário Médico;

III. Comissões de Controle de Infecção Hospitalar;

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

IV. Comissões de Verificação de Óbitos, e

V. Outras Comissões constituídas pela Presidência ou pela Diretoria Executiva e as exigidas pelos Entes Públicos.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

SEÇÃO II

DOS ÓRGÃOS DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 8º Compõem os órgãos de administração do Instituto brasileiros residentes no País, dotados de notório saber, conhecedores das melhores práticas de Governança Corporativa, experientes, providos de idoneidade moral e reputação ilibada, com capacidade técnica compatível com o cargo.

Parágrafo Único: Não podem participar dos órgãos de administração do ISAC os impedidos por Lei e pelo Estatuto Social.

Subseção I

Do Conselho de Administração

Art. 9º O Conselho de Administração tem, na forma prevista em Lei e no Estatuto, atribuições estratégicas, orientadoras, eletivas e fiscalizadoras, não abrangendo funções operacionais ou executivas.

Art. 10º Para a consecução do atingimento dos objetivos do ISAC, o Conselho de Administração estabelecerá e validará em consonância com a proposta apresentada pela Presidência, a estrutura e as competências das Estruturas Organizacionais, respeitando o Estatuto vigente.

Parágrafo Único: As competências do Conselho de Administração estão dispostas no Art. 27 do Estatuto Social do ISAC.

Subseção II

Da Diretoria Executiva

Art. 11º A Diretoria Executiva é o órgão executivo de direção do ISAC e será composta pelo Presidente e pelo Tesoureiro.

Parágrafo Único: As atribuições da Diretoria Executiva estão elencadas no Art. 31 do Estatuto Social do Instituto.

Art. 12º Entre as competências da Diretoria Executiva, conforme preceitua o inciso IV, do Art. 31 do Estatuto Social do ISAC, consta como responsabilidade da Diretoria Executiva a convocação de Assembleias Gerais, bem como o

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

chamamento das reuniões do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal.

Parágrafo Primeiro: Caberá à Diretoria Executiva garantir a realização da Assembleia Geral Ordinária no mês de Maio de cada ano para análise das contas desse órgão executivo.

Parágrafo Segundo: A cada dois anos a Diretoria Executiva se incumbirá de promover a Assembleia Geral Ordinária para designação e/ou manutenção do novo e/ou atual órgão executivo, cujo certame será convocado especialmente para este fim.

Parágrafo Terceiro: A Assembleia Geral Extraordinária se realizará por requerimento do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, quando justificada sua convocação ou determinação do Estatuto Social do ISAC, ou por requerimento de 1/5 (um quinto) dos associados quites com suas obrigações sociais.

Art. 13° Deverá a Diretoria Executiva convocar a Assembleia Geral Ordinária e Extraordinária uma única vez por meio de notificação aos associados, com antecedência de, no mínimo, sete dias, ou em outro prazo, conforme determinado no Art. 17 do Estatuto Social do Instituto.

Parágrafo Primeiro: No edital de convocação da Assembleia Geral deverá constar a data, horário, local e a respectiva ordem do dia.

Parágrafo Segundo: A Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença da maioria dos associados, e em segunda com qualquer número, não sendo inferior a um terço, meia hora depois, devendo ambas constar dos editais de convocação.

Parágrafo Terceiro: Nas Assembleias não serão admitidos votos por procuração.

SEÇÃO III

DOS ÓRGÃOS DE FISCALIZAÇÃO

Art. 14° São órgãos de fiscalização do Instituto o Conselho Fiscal e a área de Controles Internos e Integridade.

Subseção I

Do Conselho Fiscal

Art. 15° O Conselho Fiscal é o órgão de fiscalização do Instituto Saúde e Cidadania, cabendo-lhe principalmente zelar pela boa gestão econômico-financeira.

Parágrafo Único: As competências do Conselho Fiscal estão dispostas no Art. 40 do Estatuto Social do ISAC.

Subseção II

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

Da Área de Controles Internos e Integridade

Art. 16° A área de Controles Internos e Integridade vincula-se diretamente à Diretoria Executiva do ISAC, a qual proverá os meios e condições necessários à execução de suas responsabilidades, atribuições e competências.

Parágrafo Único. As atividades realizadas pela área de Controles Internos e Integridade poderão ser remuneradas por Pessoa Física (CLT) ou Pessoa Jurídica.

Art. 17° A área de Controles Internos e Integridade atua como assessoria ao Instituto e realiza avaliações independentes, incluindo o acompanhamento da execução e gestão de projetos, programas e processos.

Parágrafo Único. É vedada a atuação dos integrantes da área de Controles Internos e Integridade em atividades que possam caracterizar participação na gestão ou na operacionalização do Instituto.

Art. 18° Compete à área de Controles Internos e Integridade do ISAC:

I. Avaliar a conformidade de execução com os parâmetros estabelecidos nos Contratos de Gestão/Termos de Colaboração;

II. Prestar assessoria ao Instituto relativas à função de *compliance*, governança corporativa, controles internos e auditoria;

III. Assessorar e acompanhar a gestão orçamentária e financeira da Sede e Filiais;

IV. Assessorar e acompanhar os Programas de Integridade e de *compliance* do Instituto, e

V. Apoiar o Controle Externo no exercício da sua missão Institucional.

Art. 19° Os colaboradores do Instituto prestarão o apoio necessário para a realização das atividades de Controles Internos e Integridade.

Parágrafo Primeiro: A área de Controles Internos e Integridade poderá solicitar, à Sede ou as Filiais do Instituto, informações necessárias ou pertinentes para a realização de suas atividades. As informações solicitadas deverão ser apresentadas tempestiva e obrigatoriamente pelos seus respectivos gestores.

Parágrafo Segundo: Quando se fizer necessário, a área de Controles Internos e Integridade poderá solicitar a assistência de especialistas e de outros profissionais, internos ou externos ao ISAC, com anuência prévia do Instituto.

Art. 20° A área de Controles Internos e Integridade possui autorização para acesso a registros, pessoal, informações, sistemas e propriedades físicas relevantes à execução de suas ações.

001598

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

SEÇÃO IV

DOS COMITÊS E DAS COMISSÕES

Art. 21° Sem prejuízo de outros que possam ser criados, o ISAC possui no âmbito da Sede/Matriz o Comitê de Ética, e no âmbito das Unidades/Filiais as Comissões de Ética (Médica, de Enfermagem e Interna), Comissões de Avaliação do Prontuário Médico, Comissões de Controle de Infecção Hospitalar e Comissões de Verificação de Óbitos.

Subseção I

Do Comitê de Ética

Art. 22° Vinculado diretamente ao Conselho de Administração, atua como órgão de apoio, e tem entre suas competências:

I. Propor revisões e atualizações do Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses e da Política de Consequências;

II. Divulgar o Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses e a Política de Consequências;

III. Promover ações para disseminar e fortalecer cultura ética no Instituto;

IV. Receber e responder consultas relativas à ética, conduta, integridade e conflito de interesses;

V. Dirimir dúvidas a respeito da interpretação das normas éticas e deliberar em relação a casos omissos;

VI. Apurar, mediante denúncia ou de ofício, conduta em desacordo com as normas éticas pertinentes, conforme atribuições definidas internamente;

VII. Subsidiar o Conselho de Administração na tomada de decisões relativas às estratégias, às políticas e às normas de Gestão de Pessoas, no que se referem ao desenvolvimento organizacional, ao planejamento sucessório, desenvolvimento e retenção de pessoas através da remuneração e benefícios dos funcionários;

Art. 23° O Comitê de Ética será composto por três integrantes indicados pelo Conselho de Administração do Instituto entre empregados ou terceiros prestadores de serviços de conduta ilibada.

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

Art. 24º Os membros do Comitê de Ética terão seus mandatos idênticos aos dos componentes do Conselho de Administração, com possibilidade de recondução.

Parágrafo Primeiro: A atuação dos membros do Comitê de Ética não será remunerada.

Parágrafo Segundo: No caso de renúncia de qualquer membro do Comitê de Ética, o Conselho de Administração nomeará substituto no prazo de até 60 (sessenta) dias.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

Subseção II

Da Comissão de Ética Interna

Art. 25º Vinculada diretamente à Diretoria administrativa da Unidade, atuará como órgão de apoio, para apurar, mediante denúncia ou de ofício, conduta em desacordo com as normas éticas pertinentes, conforme atribuições definidas internamente.

Art. 26º Os membros da Comissão de Ética Interna terão seus mandatos idênticos aos dos componentes da Diretoria Executiva, com possibilidade de recondução.

Parágrafo Primeiro: A atuação dos membros da Comissão de Ética Interna não será remunerada.

Parágrafo Segundo: No caso de renúncia de qualquer membro da Comissão de Ética Interna, a Diretoria Executiva do Instituto nomeará substituto no prazo de até 60 (sessenta) dias.

SEÇÃO V

DA ORGANIZAÇÃO INTERNA

Art. 27º A estrutura organizacional do Instituto e de suas Unidades vinculadas, será estabelecida em organograma funcional aprovado pelo Conselho de Administração, assim como a Política de Contratação de Pessoal e o Plano de Cargos, Salários e Benefícios.

Parágrafo Único: Alterações na estrutura organizacional hierárquica e funcional e as respectivas mudanças na distribuição de competências poderão, a qualquer tempo, ser submetidas à aprovação do Conselho de Administração.

– CAPÍTULO IV –

DAS SUPERINTENDÊNCIAS

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

Art. 28º O ISAC contará com três Superintendências para exercerem atividades administrativas, financeiras e técnicas, sendo elas nominadas como Administrativa, Financeira e Técnica. Os membros indicados para compor cada uma das Superintendências não poderão ser parentes consanguíneos ou afins até o 3º grau de membros do Poder Executivo que o Instituto tenha convênio, contratos ou congêneres.

Parágrafo Único. Os cargos de Superintendentes e as respectivas remunerações serão definidos exclusivamente pela Diretoria Executiva e poderão ser remunerados por Pessoa Física (CLT) ou Pessoa Jurídica.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

Art. 29º Compete ao Superintendente Administrativo:

I. Assessorar o ~~Conselho~~ de Administração, o Conselho Fiscal, a Presidência, a Diretoria Executiva e o Comitê de Ética;

II. Analisar, documentar e acompanhar editais de credenciamento, bem examinar a formalização de contratos, convênios, acordos, ajustes e instrumentos congêneres, inclusive em relação à conformidade;

III. Propor, avaliar e consolidar estudos referentes à contratação de sistemas e serviços especializados;

IV. Apoiar e assessorar na elaboração de informações solicitadas pelo Tribunais de Contas, Controladorias, Ministérios Públicos, Procons, Defensorias Públicas, Delegacias de Polícia e outros órgãos de controle externo ao Instituto, conforme subsídios prestados pelas unidades;

V. Coordenar as atividades preparatórias à participação em seleções públicas para gestão de unidades de saúde;

VI. Acompanhar os contratos/termos de colaboração estabelecidos entre o Instituto com os gestores do SUS;

VII. Auxiliar, orientar e padronizar a elaboração de documentos administrativos e os referentes às Prestações de Contas que estão sob a responsabilidade das Unidades descentralizadas;

VIII. Planejar e estabelecer diretrizes e normas para as atividades de compras, contratações e alienações de bens e serviços necessários ao pleno funcionamento da Sede e das Unidades descentralizadas;

IX. Atuar como responsável técnico junto aos Conselhos de Classe de Administração nas regionais que o Instituto tiver atividades;

X. Responder pela contratação de Pessoas Físicas e Jurídicas realizadas pela Sede/Unidades descentralizadas ao ISAC;

XI. Responder pela chefia e coordenação dos Diretores ou equivalentes nas Unidades descentralizadas sob gestão do ISAC;

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

XII. Coordenar os trabalhos administrativos na Sede e das Unidades descentralizadas vinculadas ao Instituto;

XIII. Coordenar a realização das reuniões semanais de ponto de controle no âmbito da Sede;

XIV. Formular, propor e implementar política e processos de contratação de recursos humanos, incluindo a elaboração de editais, realização de processos seletivos e divulgação dos respectivos resultados;

XV. Coordenar, monitorar, avaliar e aperfeiçoar a aplicação dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários e de Benefícios;

XVI. Formular e propor regulamento de formação e capacitação de recursos humanos de acordo com as necessidades do Instituto;

XVII. Coordenar, monitorar, avaliar e aperfeiçoar os processos e procedimentos de formação, capacitação e avaliação de recursos humanos de acordo com as Políticas formuladas pelo ISAC;

XVIII. Divulgar as normas e os procedimentos administrativos e técnicos relativos à política de recursos humanos;

XIX. Exercer outras atribuições/atividades acordadas junto à Diretoria Executiva do Instituto.

Art. 30º Compete ao Superintendente Financeiro:

I. Planejar, implementar e controlar as diretrizes de gestão orçamentária, financeira e contábil no âmbito da Sede e Unidades descentralizadas;

II. Subsidiar a Presidência, o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal e a Diretoria Executiva com as informações necessárias para as decisões relacionadas à execução e ao desempenho do orçamento da Sede e Unidades descentralizadas;

III. Apoiar e monitorar a Sede e as Unidades descentralizadas no planejamento, implementação e controle de seus respectivos orçamentos e desempenhos institucionais, de acordo com as características definidas no planejamento de cada unidade;

IV. Planejar, gerenciar, controlar e acompanhar a execução orçamentária e financeira da Sede e Unidades descentralizadas, com as medidas necessárias à manutenção do equilíbrio financeiro do Instituto;

V. Acompanhar a execução orçamentária e financeira no âmbito da Sede;

VI. Estabelecer diretrizes para a gestão de custos do Instituto, bem como monitorar e avaliar a implantação de sistemas e indicadores de custos;

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

VII. Acompanhar, avaliar e controlar as conformidades contábeis da Sede e Unidades descentralizadas;

VIII. Planejar, estabelecer diretrizes de gerenciamento e responder pelo planejamento estratégico de curto, médio e longo prazo;

IX. Analisar o resultado operacional e a eficácia da aplicação dos recursos e o desempenho econômico do Instituto;

X. Responder pelo processo de compras, contratações e alienações do Instituto;

XI. Responder pela execução orçamentária da Sede e pelo acompanhamento da execução orçamentária das Unidades descentralizadas;

XII. Propor, realizar e acompanhar a Política de Sustentabilidade Financeira do Instituto;

XIII. Ordenar pagamentos nos limites ou pela forma estabelecida por decisão da Diretoria Executiva;

XIV. Coordenar as conciliações financeiras e contábeis do Instituto;

XV. Apresentar e levantar ao final de cada exercício o Balanço Patrimonial e as demais Demonstrações Contáveis e Financeiras;

XVI. Acompanhar as demonstrações financeiras e contábeis da Sede e das Unidades descentralizadas, e

XVII. Exercer outras atribuições/atividades acordadas junto à Diretoria Executiva do Instituto.

Art. 31° Compete ao Superintendente Técnico:

I. Alinhar as ações de atenção à saúde coordenadas pelo ISAC às políticas e diretrizes do Ministério da Saúde;

II. Estabelecer o modelo de atenção à saúde e o perfil assistencial das Unidades descentralizadas, de acordo com as necessidades de saúde da população e de formação profissional, em consonância com as políticas públicas e as definições estipuladas nos Contratos de Gestão/Termos de Colaboração;

III. Planejar, implementar, monitorar e avaliar as ações e serviços de atenção à saúde nas filiais do ISAC, de acordo com as políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV. Articular com os gestores do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, o desenvolvimento de ações de atenção à saúde pelas filiais do ISAC, em consonância com as políticas públicas de saúde;

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

1º Ofício de Brasília - DF
Livro A Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

V. Definir diretrizes, indicadores e parâmetros para monitoramento e avaliação da qualidade da atenção à saúde nas Unidades descentralizadas;

VI. Propor a padronização de equipamentos, materiais médico-hospitalares e medicamentos a serem utilizados nas Unidades descentralizadas, de acordo com os respectivos perfis assistenciais;

VII. Estabelecer e acompanhar os padrões técnicos de qualidade hospitalar e de segurança do paciente, a serem adotados nas filiais do Instituto;

VIII. Estipular, em conjunto com a Diretoria Técnica de cada Unidade descentralizada, protocolos clínicos, assistenciais e diretrizes terapêuticas, em consonância com a normatização do SUS, visando qualificar os processos e a gestão do cuidado em saúde;

IX. Coordenar o processo de certificação das Unidades descentralizadas;

X. Dimensionar e propor, de acordo com as necessidades dos processos de trabalho a serem realizados, as características e quantidades de recursos humanos;

XI. Atuar como responsável técnico do ISAC junto aos Conselhos de Classe de medicina em todas as regionais que o Instituto exercer atividades;

XII. Responder pelo controle de metas e pela coordenação assistencial em saúde;

XIII. Responder pela chefia e coordenação dos Diretores Técnicos ou equivalentes nas unidades sob gestão do ISAC;

XIV. Gerenciar as metas de produção, assistenciais e de qualidade definidas nos Contratos de Gestão, bem como, definir metas internas para as equipes assistenciais;

XV. Definir padronizações de atendimento assistencial nas unidades de saúdes geridas pelo ISAC;

XVI. Responder tecnicamente na área de assistência médica pelo ISAC, e

XVII. Exercer outras atribuições/atividades acordadas junto à Diretoria Executiva do Instituto.

Art. 32º Os Conselheiros, os Diretores, os Superintendentes e demais integrantes do ISAC, têm como compromisso:

I. Proteger e valorizar o patrimônio tangível e intangível do ISAC, bem como otimizar o retorno do investimento;

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

II. Zelar pela missão, visão, valores, propósitos e crenças do Instituto;

III. Garantir a qualidade, a eficiência e a eficácia das ações voltadas a promover o desenvolvimento integral do ser humano e da proteção da vida individual e coletiva.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

– CAPÍTULO V –

DA ESTRUTURA DE GOVERNANÇA DAS UNIDADES DESCENTRALIZADAS

Art. 33° As Filiais serão administradas por colegiado composto por:

I. Direção Geral;

II. Direção Técnica, e

III. Coordenadorias.

Parágrafo Único. A estrutura de governança indicada no *caput* desse artigo poderá ser alterada em caso de complexo hospitalar, regulamentos locais ou de alguma excepcionalidade detectada nas Filiais, mediante aprovação do Conselho de Administração em conjunto com a Presidência do Instituto.

Art. 34° O Colegiado Executivo, composto pela Direção Geral e pela Direção Técnica, será responsável pela direção e administração de todas as atividades da Filial, em consonância com as diretrizes, coordenação e monitoramento do Instituto.

Art. 35° Ao Colegiado Executivo de cada Unidade descentralizada compete:

I. Propor, implementar, monitorar, gerir e avaliar, de forma integrada, o planejamento de atividades de atenção à saúde, a serem desenvolvidas no âmbito da Filial, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Instituto e as políticas de Saúde do País;

II. Administrar a execução das diretrizes do Instituto e dos contratos/termos de colaboração firmados;

III. Monitorar a atuação de cada setor e avaliar os serviços realizados, de acordo com os indicadores, instrumentos e procedimentos desenvolvidos para essas funções;

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

IV. Participar dos estudos a respeito dos dados de avaliação e das proposições para aperfeiçoamento dos serviços e condições da respectiva Unidade de saúde e das relações com a Sede;

V. Implementar as soluções propostas para aperfeiçoamento ou desenvolvimento dos serviços ou condições da Filial em conjunto com as diretrizes definidas pela Diretoria Executiva;

VI. Manter atualizados os dados relacionados aos sistemas implantados pelo Instituto, para monitoramento e avaliação dos serviços, equipamentos, condições e instalações das Filiais;

VII. Realizar e acompanhar a execução orçamentária, contábil e financeira da Unidade. Gerir os custos, despesas e receitas da Unidade;

VIII. Acompanhar a eficiência e eficácia dos controles internos e responder pela conduta ética da Unidade;

IX. Fornecer todas e quaisquer informações e dados solicitados pela Sede, e

X. Instituir as respectivas comissões hospitalares previstas, nos termos dos contratos de gestão/termos de colaboração e da legislação vigente.

1° Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

– CAPÍTULO VI –

DO EXERCÍCIO SOCIAL E DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

Art. 36° O ISAC não distribui bens, lucros, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio ou vantagens a associados, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado, membro ou mantenedores da entidade.

Art. 37° Os membros do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal não receberão qualquer remuneração, benefícios ou vantagens, diretos ou indiretos, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes são atribuídas pelo Estatuto e por este Regimento, ressalvada a ajuda de custo por ações participantes.

Art. 38° O exercício social coincide com o ano civil, iniciando em 1° de janeiro e findando em 31 de dezembro de cada ano.

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

Parágrafo Único: Ao final de cada exercício serão levantados e apresentados pela Superintendência Financeira, o Balanço Patrimonial e as demais Demonstrações Contábeis e Financeiras, que serão submetidos à apreciação do Conselho Fiscal, e se for o caso, da Auditoria Externa para posterior apresentação à Assembleia Geral.

Art. 39º O Instituto dará publicidade de sua Prestação de Contas Anual, incluindo as certidões negativas de débitos com a Previdência Social e com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, colocando-os à disposição para exame de qualquer cidadão.

Art. 40º O ISAC mantém escrituração de suas receitas e despesas em livros revestidos de formalidades capazes de assegurar sua exatidão.

Art. 41º O Instituto publicará anualmente, em Diário Oficial do Município ou do Estado com o qual firmar Contrato de Gestão, os relatórios financeiros e relatórios de execução, bem como em seu sítio eletrônico.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
159260
Registro de Pessoas Jurídicas

– CAPÍTULO VII –

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 42º Os casos omissos deste Regimento serão deliberados pelo Conselho de Administração com a participação da Diretoria Executiva, com base no Art. 27, inciso XVIII e Art. 31, inciso VIII, do Estatuto Social.

Art. 43º O presente Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e validação pelo Conselho de Administração, revogando-se disposições anteriores ou em contrário.

Brasília (DF), 08 de Setembro de 2020.

EVANE DE LOURDES FERREIRA SIMONASSI CORBACHO
PRESIDENTE
CPF/MF 510.743.706-00

ANEXO

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.1.3. Critério FA.3: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Apresenta política de recursos humanos

001596

ISAC

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001 Asa Sul
70308-200 Brasília DF

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC NO USO DE SUAS FUNÇÕES ESTATUTÁRIAS E REGIMENTAIS, APROVA O PRESENTE REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL A UTILIZADO NO ISAC.

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1.° - Este regulamento estabelece as regras de recrutamento, seleção e contratação para o preenchimento de vagas de funções administrativas e operacionais, com exceção de profissionais médicos, coordenação, gerência e diretoria, com recursos financeiros provenientes dos Contratos de Gestão, Convênios e congêneres, firmados para operacionalização da gerência e execução de atividades e serviços de saúde nas unidades de saúde geridas pelo ISAC.

Art. 2.° O Recrutamento e a seleção, de que trata este regulamento, visa selecionar o melhor candidato para o cargo e função a ser preenchida.

CAPITULO II – DO PROCESSO DE SELEÇÃO

Título I – Das Competências

Art. 3° - No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete:

I - Aos Diretores Gerais ou Diretores Administrativos das unidades aprovar a Requisição de Pessoal;

II - Aos Superiores imediatos da vaga Aos Diretores Gerais ou Diretores Administrativos das unidades:

a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal;
b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica;
c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III - À área Recursos Humanos das unidades:

a) Conferir e assinar a Requisição de Pessoal
b) Conduzir todas as etapas do Processo seletivo referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal;
b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV - Ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão;

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

V - Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médico Admissionais e de Mudança de Função.

Título II - Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção

Seção I – Da Requisição de Pessoal

Art. 4.º - O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante solicitação dos superiores imediatos, interessados na contratação dos serviços efetivamente necessários que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

§ 1°. O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade e coletará a aprovação da Gerência de Gestão de Pessoas.

§ 2°. A Gerência de Gestão de Pessoas encaminhará a Requisição de Pessoal ao Diretor Geral da unidade requisitante, seguindo os fluxos estabelecidos entre a unidade hospitalar e o ISAC, que devolverá a área de Gestão de Pessoas da unidade para os procedimentos de recrutamento e seleção.

§ 3°. As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos:
I - Substituição de um colaborador;
II - Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento e/ou aprovado pelas Gerências Administrativas da Área ou Superintendente Administrativo do ISAC.

§ 4°. Quando se tratar de primeiras contrações para início da execução do serviço, dispensa-se o ato de solicitação de requisição de pessoal, quando os mesmos já estiverem contemplados no Projeto Técnico, bem como o processo será conduzido por Comissão de Seleção escolhida especialmente para o processo, pela Presidência do ISAC.

Seção II – Do Processo de Recrutamento e Seleção

Art. 5.º - O Edital de Recrutamento será divulgado por meio do site da ISAC (www.isac.org.br), podendo ainda, de forma subsidiária ser divulgado em jornais de grande circulação da localidade do projeto e no diário oficial do ente público parceiro, e conterá os cargos a serem preenchidos, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e local da prestação do serviço, salário base, regime de contratação e carga horária.

Art. 6.º – O Processo de Recrutamento, Seleção e Contratação compreende as seguintes etapas:

I – Primeira Etapa: Inscrição
As inscrições serão realizadas de acordo com as datas previstas no edital e respeitando todas as clausulas preconizadas no mesmo, como formato do envio do curriculo e os dados contidos nele.

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Assessoria Jurídica

As inscrições realizadas fora do prazo e/ou em discordância com o edital não serão homologadas.

II – Segunda Etapa: Análise Curricular conforme preconiza o edital para somatória de pontos.

III – Terceira Etapa: Avaliação Especifica Teórica
Os candidatos classificados na análise curricular realizarão Avaliação Especifica Teórica visando apurar o nível de conhecimento técnico científico específico para o cargo

IV – Quarta Etapa: Entrevista Comportamental e Técnica
Técnica de entrevista comportamental, com foco em competências comportamentais e técnicas, baseada em estudos mensurados por autores na área. Será realizada pela equipe de Gestão de Pessoas, em conjunto com o gestor da área solicitante ou responsável designado pelo ISAC;

Os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pelo ISAC e passar por exame médico admissional.

§ 1°. Quando se tratar de seleção prevista no § 4° do Art. 4° do presente regulamento, o processo descrito neste artigo poderá ser substituto por um Processo de Seleção Simplificado, no qual fica suprimida a avaliação técnica da segunda etapa prevista no inciso III.

§ 2°. Somente serão considerados aptos para o exercício dos cargos aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Art. 7.° - Os cargos serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada cargo, que obedecerá, quando o caso, as Convenções Coletivas de cada categoria profissional, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento, banco de horas ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a subcontratação de empresas ou cooperativas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos, em regime não celetista.

CAPÍTULO III – DA READMISSÃO DE ANTIGOS COLABORADORES

Art. 8° - A admissão de antigos colaboradores somente poderá ocorrer após do decurso do prazo de 03 (três) meses entre o desligamento e a readmissão.

§ 1°. Os colaboradores readmitidos deverão se submeter ao Processo Seletivo normalmente.

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

§ 2°. Toda readmissão deverá ser aprovada pela Gerência Administrativa da área ou Superintendente Administrativo.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Presidência do ISAC, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 10 - O presente Regulamento entrará em vigor imediatamente e servirá para todas contratações a serem realizadas pelo ISAC.

Brasília (DF), 14 de janeiro de 2020.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Evane Corbacho
Presidente
ISAC
CNPJ: 14.702.287/0001-08

Dr. Thiago Sobreira
OAB/GO 35.952
Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Arcangela

001000

A

ANEXO

PLANILHA FINANCEIRA

001601

Planilha Financeira

TABELA 1 – ITENS DE DESPESAS		
ITENS DE DESPESAS	**VALOR MENSAL**	
1. PESSOAL NÃO MÉDICO - CLT	**R$**	**3.422.529,19**
1.1 Salários	R$	1.085.199,48
1.2 Outras formas de contratação (a)		
1.3 Encargos	R$	86.815,96
1.4 Provisões (13o + Férias + Aviso Prévio Trabalhado)	R$	318.102,48
1.5 Benefícios	R$	6.658,10
1.6 Exames Médicos	R$	13.480,00
1.7 Glosa Pessoal Cedido	R$	1.912.273,17
2. PESSOAL MÉDICO PJ	**R$**	**2.032.105,00**
2.1 Honorários Médicos	R$	2.032.105,00
2. MEDICAMENTOS	**R$**	**308.688,12**
2.1 Medicamentos	R$	258.140,45
2.2 Dietas Especiais	R$	32.438,41
2.3 Gases Medicinais	R$	18.109,25
3. MATERIAIS	**R$**	**289.237,78**
3.1 Materiais Médicos Hospitalares	R$	189.461,04
3.2 OPME	R$	99.776,74
4. MATERIAIS DIVERSOS	**R$**	**26.320,61**
4.1 Material de Higienização	R$	-
4.2 Material/Gêneros Alimentícios	R$	-
4.3 Material Expediente	R$	12.588,23
4.4 Combustível	R$	1.782,50
4.5 GLP	R$	475,53
4.6 Uniformes/EPI	R$	5.624,35
4.7 Material Permanente/reformas		
4.8 Outras despesas com materiais diversos (c)	R$	5.850,00
5. MANUTENÇÃO	**R$**	**84.537,56**
5.1 Material Manutenção	R$	32.427,56
5.2 Serviços de Engenharia Clínica Hospitalar	R$	40.500,00
5.3 Serviços de Manutenção Predial/Climatização	R$	11.610,00
6. SEGUROS/IMPOSTOS/TAXAS	**R$**	**4.214,71**
6.1 Seguros (predial e responsabilidade civil)	R$	2.750,00
6.2 Impostos/Taxas	R$	1.464,71
7. SERVIÇOS	**R$**	**987.608,05**
7.1 Telefonia/Internet	R$	4.101,08
7.2 Energia Elétrica	R$	68.000,00
7.3 Agua/Esgoto	R$	14.906,15

Planilha Financeira

TABELA 1 – ITENS DE DESPESAS		
ITENS DE DESPESAS	**VALOR MENSAL**	
7.4 Serviço de Alimentação	R$	250.807,22
7.5 Limpeza e Higienização	R$	129.156,49
7.6 Serviços de Lavanderia	R$	85.518,54
7.7 Serviço de Portaria (Segurança)	R$	40.491,55
7.8 Serviços de Apoio Tecnico Operacional	R$	156.520,25
7.9 Serviços de Informática e Softwares	R$	132.345,38
7.10 Locações	R$	53.215,23
7.11 Exames complementares	R$	39.595,98
7.12 Outros serviços	R$	22.950,18
8. ADMINISTRATIVOS	**R$**	**91.469,74**
8.1. Despesas indiretas/administrativas	R$	91.469,74
9. TOTAL GERAL	**R$**	**7.256.710,76**

ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134

Digitally signed by ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A1, OU=(EM BRANCO), OU=23611907000192, OU=presencial, CN=ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134
Reason: I am the author of this document
Location:
Date: 2023.09.27 21:31:58-03'00'
Foxit PDF Reader Version: 2023.2.0

Instituto Saúde e Cidadania - ISAC
CNPJ: 14.702.257/0001-08
Antônio Carlos Drummond Filho
Presidente

001603

CHAMAMENTO PÚBLICO N°004/2023
PROCESSO N° 202300010023436
HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS

Dimensionamento do Quadro de Recursos Humanos Complementar

QTD	Profissional	Regime de Contração	Regime de Trabalho	C/H Semanal	TOTAL REMUNERAÇÃO	FGTS	TOTAL PROV.	TOTAL BENEFÍCIOS	Valor Bruto Total
12	Agente de Portaria	CLT	Horário comercial - Seg a Sex	44H	R$ 21.768,00	R$ 1.741,44	R$ 6.380,81	R$ 92,04	R$ 29.982,29
1	Analista de T.I.	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 4.464,00	R$ 357,12	R$ 1.308,52	R$ 7,67	R$ 6.137,31
14	Assistente Adm	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 31.567,20	R$ 2.525,38	R$ 9.253,23	R$ 1.163,54	R$ 44.509,35
2	Assistente de DP	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 5.778,00	R$ 462,24	R$ 1.693,69	R$ 15,34	R$ 7.949,27
1	Assistente de Patrimonio	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 2.254,80	R$ 180,38	R$ 660,95	R$ 7,67	R$ 3.103,80
4	Assistente de Suporte T.I.	CLT	12X36	44H	R$ 12.127,43	R$ 970,19	R$ 3.554,89	R$ 30,68	R$ 16.683,19
8	Assistente NIR	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 18.038,40	R$ 1.443,07	R$ 5.287,56	R$ 664,88	R$ 25.433,91
7	Assistente Social	CLT	Plantão de 12 horas	30H	R$ 22.842,21	R$ 1.827,38	R$ 6.695,70	R$ 53,69	R$ 31.418,98
4	Auxiliar de Almoxarifado	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 7.657,81	R$ 612,62	R$ 2.244,72	R$ 410,23	R$ 10.925,39
6	Auxiliar de Coleta	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 15.444,00	R$ 1.235,52	R$ 4.527,07	R$ 46,02	R$ 21.252,61
16	Auxiliar de Farmácia	CLT	12X36	44H	R$ 31.685,69	R$ 2.534,86	R$ 9.287,97	R$ 698,47	R$ 44.206,99
4	Coordenador Assistencial	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 25.212,00	R$ 2.016,96	R$ 7.390,35	R$ 30,68	R$ 34.649,99
1	Coordenador Contabil e prestação de contas	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 6.039,00	R$ 483,12	R$ 1.770,20	R$ 7,67	R$ 8.299,99
1	Coordenador de Farmácia	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 6.039,00	R$ 483,12	R$ 1.770,20	R$ 7,67	R$ 8.299,99
1	Coordenador de Qualidade e NSP	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 6.039,00	R$ 483,12	R$ 1.770,20	R$ 7,67	R$ 8.299,99
1	Coordenador de RH	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 6.039,00	R$ 483,12	R$ 1.770,20	R$ 7,67	R$ 8.299,99
1	Coordenador MULTI	CLT	Horário comercial - Seg a Sex	44H	R$ 6.039,00	R$ 483,12	R$ 1.770,20	R$ 7,67	R$ 8.299,99
1	Diretor geral	CLT	Horário comercial - Seg a Sex	44H	R$ 16.014,00	R$ 1.281,12	R$ 4.694,15	R$ 7,67	R$ 21.996,94
1	Diretor Técnico (Medico)	CLT	06 horas diárias - Seg a Sex	30H	R$ 20.192,57	R$ 1.615,41	R$ 5.919,01	R$ 7,67	R$ 27.734,66
24	Enfermeiro I	CLT	12X36	44H	R$ 96.379,20	R$ 7.710,34	R$ 28.251,45	R$ 184,08	R$ 132.525,07
16	Enfermeiro II Area Fechada	CLT	12X36	44H	R$ 74.155,20	R$ 5.932,42	R$ 21.736,97	R$ 122,72	R$ 101.947,31
1	Engenheiro de Segurança do trabalho	CLT	Horário comercial - Seg a Sex	44H	R$ 5.094,00	R$ 407,52	R$ 1.493,19	R$ 7,67	R$ 7.002,38
4	Farmaceutico	CLT	12X36	44H	R$ 17.960,96	R$ 1.436,88	R$ 5.264,86	R$ 30,68	R$ 24.693,38
1	Faturista	CLT	Horário comercial - Seg a Sex	44H	R$ 2.889,00	R$ 231,12	R$ 846,85	R$ 7,67	R$ 3.974,64
4	Fisioterapeuta I	CLT	Plantão de 12 horas	30H	R$ 13.531,81	R$ 1.082,54	R$ 3.966,55	R$ 30,68	R$ 18.611,58
10	Fisioterapeuta III Area Fechada	CLT	Plantão de 12 horas	30H	R$ 38.104,41	R$ 3.048,35	R$ 11.169,48	R$ 76,70	R$ 52.398,94
1	Fonoaudiologo	CLT	06 horas diárias - Seg a Sex	30H	R$ 3.764,00	R$ 301,12	R$ 1.103,33	R$ 7,67	R$ 5.176,12
1	Gerente Administrativo	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 10.659,00	R$ 852,72	R$ 3.124,45	R$ 7,67	R$ 14.643,84
1	Gerente Assistencial	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 10.659,00	R$ 852,72	R$ 3.124,45	R$ 7,67	R$ 14.643,84
6	Instrumentador Cirurgico	CLT	12X36	44H	R$ 18.853,71	R$ 1.508,30	R$ 5.526,55	R$ 46,02	R$ 25.934,59

QMENTUM IQG
CERTIFICADO DIAMOND

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

CHAMAMENTO PÚBLICO N°004/2023
PROCESSO N° 202300010023436
HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS

QTD	Profissional	Regime de Contração	Regime de Trabalho	C/H Semanal	TOTAL REMUNERAÇÃO	FGTS	TOTAL PROV.	TOTAL BENEFÍCIOS	Valor Bruto Total
3	Jovem Aprendiz	CLT	04 horas diárias - Seg a Sex	20h	R$ 2.700,90	R$ 216,07	R$ 791,71	R$ 300,93	R$ 4.009,61
16	Maqueiro	CLT	12X36	44h	R$ 30.211,93	R$ 2.416,95	R$ 8.855,97	R$ 778,34	R$ 42.263,20
1	Medico do Trabalho	CLT	Horário comercial - Seg a Sex	44H	R$ 7.088,20	R$ 567,06	R$ 2.077,75	R$ 7,67	R$ 9.740,68
1	Motorista Adm	CLT	Horário comercial - Seg a Sex	44H	R$ 2.154,00	R$ 172,32	R$ 631,40	R$ 28,67	R$ 2.986,39
2	Motorista Assistencial	CLT	12X36	44H	R$ 5.178,00	R$ 414,24	R$ 1.517,82	R$ 15,34	R$ 7.125,40
2	Nutricionista	CLT	06 horas diárias - Seg a Sex	36H	R$ 9.208,98	R$ 736,72	R$ 2.699,41	R$ 15,34	R$ 12.660,45
2	Psicologo	CLT	06 horas diárias - Seg a Sex	36H	R$ 7.957,75	R$ 636,62	R$ 2.332,64	R$ 15,34	R$ 10.942,35
2	Psicologo Organizacional	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 8.928,00	R$ 714,24	R$ 2.617,05	R$ 15,34	R$ 12.274,63
14	Recepcionista	CLT	12X36	44H	R$ 27.724,98	R$ 2.218,00	R$ 8.126,97	R$ 611,16	R$ 38.681,12
49	Tecnico de Enfermagem Area Fechada	CLT	12X36	44H	R$ 166.782,00	R$ 13.342,56	R$ 48.888,49	R$ 375,83	R$ 229.388,88
2	Técnico de Segurança do Trab	CLT	Horário comercial - Seg a Sex	44H	R$ 6.408,00	R$ 512,64	R$ 1.878,37	R$ 15,34	R$ 8.814,35
70	Tecnico em Enfermagem	CLT	12X36	44H	R$ 188.980,00	R$ 15.118,40	R$ 55.395,35	R$ 536,90	R$ 260.030,65
2	Técnico em Gesso	CLT	Horário comercial - Seg a Sex	44H	R$ 5.399,43	R$ 431,95	R$ 1.582,72	R$ 15,34	R$ 7.429,45
1	Técnico em Manutenção	CLT	Horário comercial - Seg a sex	44H	R$ 3.153,00	R$ 252,24	R$ 924,23	R$ 7,67	R$ 4.337,14
14	Tecnico em Raio-x	CLT	Plantão de 12 horas	24 H	R$ 52.600,80	R$ 4.208,06	R$ 15.418,77	R$ 107,38	R$ 72.335,02
1	Terapeuta Ocupacional	CLT	Plantão de 12 horas	30H	R$ 3.432,08	R$ 274,57	R$ 1.006,04	R$ 7,67	R$ 4.720,35
337					**R$ 1.085.199,48**	**R$ 86.815,96**	**R$ 318.102,48**	**R$ 6.658,10**	**R$ 1.496.776,02**

ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134

Digitally signed by ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A1, OU=(EM BRANCO), OU=23611907000192, OU=presencial, CN=ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134
Reason: I am the author of this document
Location:
Date: 2023.09.27 21:32:51-03'00'
Foxit PDF Reader Version: 2023.2.0

Instituto Saúde e Cidadania - ISAC
CNPJ: 14.702.257/0001-08
Antônio Carlos Drummond Filho
Presidente

009700

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)						
DIMENSIONAMENTO COMPLEMENTAR DOS SERVIÇOS MEDICOS						
69 leitos de internações clínicas e cirúrgicas, 10 leitos de uti pediátrica e 10 leitos uti adulto; 04 Leitos hospital dia.						
DESCRIÇÃO	**UNIDADE ASSISTENCIAL**	**PLANTÃO DIURNO (12H)**	**PLANTÃO NOTURNO (12H)**	**QUANT.PLANTÕES TOTAL**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**
Direção Técnica	HOSPITAL GERAL				R$ 25.000,00	R$ 25.000,00
Coordenação Clinica					R$ 15.000,00	R$ 15.000,00
Cardiologia Consultas	CARDIOLOGIA	1		20 H/S		R$ 12.000,00
Cardiologia Laudo ECG		1		200 L		R$ 3.000,00
Cardiologia parecer		1		4/M	R$ 250,00	R$ 1.000,00
Nefrologia	NEFROLOGIA	1	1	61	R$ 700,00	R$ 42.700,00
Nefrologia Pareceres/Prescrição		1		30	R$ 495,00	R$ 14.850,00
Cirurgia Vascular	CIRURGIA VASCULAR	1	1	61	R$ 1.500,00	R$ 91.500,00
Cirurgia Vascular consultas		1		8	R$ 1.500,00	R$ 12.000,00
Infectologia visita semanal	INFECTOLOGIA	1				R$ 3.120,00
Infectologia SCIH		1				R$ 10.000,00
Gastroenterologia Exames e procedimentos	GASTROENTEROLOGIA	1		40	R$ 350,00	R$ 14.000,00
Gastroenterologia Parecer		1		10	R$ 250,00	R$ 2.500,00
Gastroenterologia Pequenas Cirurgias		1		100	R$ 60,00	R$ 6.000,00
Radiologia médico	RADIOLOGIA	1		20H/S		R$ 16.840,00
Radiologia RT		1				R$ 15.000,00
Neurocirurgia plantão	NEUROCIRURGIA	1	1	61	R$ 1.200,00	R$ 73.200,00
Anestesiologia (seg. sex)	ANESTESIOLOGIA	3	1	122	R$ 1.700,00	R$ 207.400,00
Anestesiologia (sab. Dom. Fer.)		2	1	24	R$ 1.700,00	R$ 40.800,00
Anestesiologia (eletivos)		1		9	R$ 1.700,00	R$ 15.300,00
Anestesiologia RT						R$ 15.000,00
Medico Coordenador	UTI I	1			R$ 15.000,00	R$ 15.000,00
Medico RT		1			R$ 15.000,00	R$ 15.000,00
Medico Plantonista Intensivista		2	2	122	R$ 1.650,00	R$ 201.300,00
Medico Diarista matutino		1		20	R$ 825,00	R$ 16.500,00

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)						
DIMENSIONAMENTO COMPLEMENTAR DOS SERVIÇOS MEDICOS						
69 leitos de internações clínicas e cirúrgicas, 10 leitos de uti pediátrica e 10 leitos uti adulto; 04 Leitos hospital dia.						
DESCRIÇÃO	**UNIDADE ASSISTENCIAL**	**PLANTÃO DIURNO (12H)**	**PLANTÃO NOTURNO (12H)**	**QUANT.PLANTÕES TOTAL**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**
Medico Diarista vespertino		1		20	R$ 825,00	R$ 16.500,00
Clinica Médica Enfermaria	CLINICA MÉDICA INTERNAÇÃO	1		30,5	R$ 1.600,00	R$ 48.800,00
Clinica Médica Visita Horizontal		1		23	R$ 930,00	R$ 21.390,00
Coordenação Cir. Geral	CIRURGIA GERAL	1			R$ 15.000,00	R$ 15.000,00
Cirurgia Geral (urgencia)		2	2	122	R$ 1.860,00	R$ 226.920,00
Cirurgia Geral (Eletivos)		1		16	R$ 1.860,00	R$ 29.760,00
Cirurgia Geral Visita enfermaria		1		30,5	R$ 950,00	R$ 28.975,00
Cirurgia Geral Consultas		1		8	R$ 1.860,00	R$ 14.880,00
Cirurgia Torácica sobreaviso		1		30,5	R$ 820,00	R$ 25.010,00
Clinica Geral RT	PRONTO SOCORRO	1			R$ 15.000,00	R$ 15.000,00
Clinica Geral		1	1	61	R$ 1.600,00	R$ 97.600,00
Clinica Geral (Visita)		1		30,5	R$ 800,00	R$ 24.400,00
Médico Infettologista SCIRAS	INFECTOLOGIA				R$ 24.000,00	R$ 24.000,00
Médico infectologista (parecer)		1		23	R$ 1.750,00	R$ 40.250,00
Coordenação RT Ortopedia	ORTOPEDIA E TRAMATOLOGIA				R$ 15.000,00	R$ 15.000,00
Ortopedia e Traumatologia (urgencia)		2	2	61	R$ 1.860,00	R$ 113.460,00
Cirurgia Ortopédica		1		16	R$ 1.860,00	R$ 29.760,00
Ambulatório ortopedia (consultas)		1		16	R$ 1.860,00	R$ 29.760,00
Visita enfermaria ortopedia		1		30,5	R$ 950,00	R$ 28.975,00
Coordenação Bucomaxilo	CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL	1			R$ 5.000,00	R$ 5.000,00
Bucomaxilo plantão		1		30,5	R$ 950,00	R$ 28.975,00
Otorrinolaringologia (consultas)	OUTRAS ESPECIALIDADES	1				R$ 3.980,00
Otorrinolaringologia (cirurgias)		1				R$ 21.500,00
Médico Ambulância (Sobreaviso)		1	1	61	R$ 1.800,00	R$ 109.800,00
Médico do Trabalho				60h/M		R$ 14.500,00
Telelaudo	SADT	1		pct		R$ 38.000,00

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)						
DIMENSIONAMENTO COMPLEMENTAR DOS SERVIÇOS MEDICOS						
69 leitos de internações clínicas e cirúrgicas, 10 leitos de uti pediátrica e 10 leitos uti adulto; 04 Leitos hospital dia.						
DESCRIÇÃO	**UNIDADE ASSISTENCIAL**	**PLANTÃO DIURNO (12H)**	**PLANTAO NOTURNO (12H)**	**QUANT.PLANTÕES TOTAL**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**
Tomografia		1		35/m	R$ 300,00	R$ 10.400,00
Raio X		1		pct		R$ 1.500,00
Ressonância		1		20/m	R$ 450,00	R$ 9.000,00
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica		1		15	R$ 3.500,00	R$ 52.500,00
Eletroencefalograma		1		30	R$ 250,00	R$ 7.500,00
TOTAL GERAL						**R$ 2.032.105,00**

ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134

Digitally signed by ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A1, OU=(EM BRANCO), OU=23611907000192, OU=presencial, CN=ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134
Reason: I am the author of this document
Location:
Date: 2023.09.27 21:32:26-03'00'
Foxit PDF Reader Version: 2023.2.0

Instituto Saúde e Cidadania - ISAC
CNPJ: 14.702.257/0001-08
Antônio Carlos Drummond Filho
Presidente

ANEXO

Declaração de Validade Jurídica da Proposta

DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei 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, CEP: 75920-000, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público n° 04/2023.

Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

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

Brasília, 25 de Setembro de 2023.

ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134

Digitally signed by ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A1, OU=(EM BRANCO), OU=23611907000192, OU=presencial, CN=ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134
Reason: I am the author of this document
Location:
Date: 2023.09.26 17:05:36-03'00'
Foxit PDF Reader Version: 2023.2.0

Instituto Saúde e Cidadania - ISAC
CNPJ: 14.702.257/0001-08
Antônio Carlos Drummond Filho
Presidente